

Universidad de Huelva

Departamento de Sociología y Trabajo Social



“Entre las ánimas y el cuerpo” : fenomenología del VIH en Guinea Ecuatorial : estudio de caso

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Carmen Rodríguez Reinado

Fecha de lectura: 30 de enero de 2015

Bajo la dirección de las doctoras:

Estrella Gualda Caballero

Teresa Blasco Hernández

Huelva, 2015



“ENTRE LAS ÁNIMAS Y EL CUERPO”

FENOMENOLOGÍA DEL VIH EN GUINEA ECUATORIAL
ESTUDIO DE CASO



CARMEN RODRÍGUEZ REINADO

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD DE HUELVA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DPTO. DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

**“Entre las ánimas y el cuerpo”:
FENOMENOLOGÍA DEL VIH EN GUINEA
ECUATORIAL
ESTUDIO DE CASO**

TESIS DOCTORAL

CARMEN RODRÍGUEZ REINADO
Huelva, 2014

Dirigida por: **Dra. Estrella Gualda Caballero**
Dpto. de Sociología y Trabajo Social
Universidad de Huelva

Dra. Teresa Blasco Hernández
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Economía y Competitividad

*A la “hermana Carmen”;
porque su compromiso hizo
despertar en mí la curiosidad*

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que deseo expresar mi agradecimiento, sin su apoyo quizá este trabajo no hubiese sido posible. A la vez pido disculpas a todas aquellas a las que pudiera no citar.

En primer lugar, quiero dar las gracias a Montse Montes de Oca y Antonio Vargas por apostar por mí para esta aventura; especialmente a Antonio porque su sensatez en el análisis hizo posible que tuviera cabida un estudio de estas características.

A mis directoras de tesis, Estrella Gualda por sus sabias sugerencias y aportaciones, y a Teresa Blasco por su profesionalidad, honestidad, confianza y acompañamiento durante estos cuatro años. Sin lugar a dudas, tú has sido uno de mis pilares más sólido: Infinitas gracias Teresa. A Anita Meidani por su cálida acogida durante mi estancia predoctoral en la *Université Le-Mirail II* en Toulouse.

También mi gratitud al equipo guineano del Centro de Referencia para el Control de Endemias de Guinea Ecuatorial, y especialmente a Jesús Nzang con quien me siento en deuda. Gracias Jesús por compartir conmigo tu cultura; tu buen hacer; por creer y sentir el ESEVIGUE; y por tu lealtad. Y, sobre todo, gracias Jesús por permitirme ser tu “hermana”.

Al Ministerio de Salud y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial, y especialmente al Doctor Nemesio Abedo Director del Plan Nacional de Lucha contra el sida, por la colaboración y la confianza depositada en el proyecto. También a la Dirección del Centro Nacional de Medicina Tropical del Instituto de Salud Carlos III y a la Agencia española de Cooperación al Desarrollo por la financiación económica del estudio.

Asimismo, es de justicia dedicar una mención especial a todas las personas entrevistadas, por compartir su tiempo y experiencias ante el VIH. Espero haberles sabido dar la voz que se merecen. Gracias por la valiosa información que habéis regalado.

Y, por último, agradecer todo el apoyo recibido de mi entorno más cercano y personal, sin el cual tampoco hubiera sido posible desarrollar este trabajo académico. A mi madre, porque de ella aprendí la lucha constante en el día a día, una cualidad que ha sido indispensable para sacar el proyecto para adelante; a mi padre, por inculcarme el valor del estudio; y, especialmente, a mi hermano Jose que demostró, una vez más, la generosidad de su alma en uno de los momentos más críticos. Además de su tolerancia y entendimiento: Me siento afortunada de ser tu hermana. A mi “tata”, porque allí donde quieras que estés ahora, sé que te sentirás muy contenta de ver que terminé “eso que estaba haciendo”. A mi cuñada Lara y

amiga Carmen Olmedo, por su respeto y comprensión en la disciplina y esfuerzo que requiere este tipo de “oficios”. A mi querida amiga, ya casi una hermana, Elena Morales: Porque siempre estás ahí, conmigo, caminando a mi vera. A mi admirada, e incansable, Marisol Palacios por sus sabios consejos y su disposición siempre a ayudar. Al “polifacético académico” por sus prácticas recomendaciones y su confianza depositada durante esta andadura académica. A mi adorable familia vasca, por seguir siempre mis pasos desde la distancia: Gracias Ceci. A mis “niñas”, Mer, Mir y Ana, que aparecieron por primera vez en mi vida en uno de los periodos más duro de la tesis, y lo hicieron más llevadero con su entrañable convivencia. A Teresa, Félix, Inmita, Fer y Richard. Y, a Néstor Hernández, por animarme siempre a seguir; por su paciencia en el día a día; su apoyo en momentos difíciles; y sobre todo: por todo el tiempo robado.

Índice de contenido

RESUMEN.....	15
ABSTRACT.....	19
PRÓLOGO.....	21
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	23
CAPÍTULO I. LA SALUD Y EL DESARROLLO EN LA GLOBALIZACIÓN.....	27
1.1. LA GLOBALIZACIÓN: CONTEXTO MACROSOCIAL DEL VIH.....	27
1.1.1. INTRODUCCIÓN.....	27
1.1.1.1. LA GLOBALIZACIÓN: UN NEOLOGISMO DE MODA.....	27
1.1.1.2. LA IDEOLOGIZACIÓN EN LA REFLEXIÓN SOBRE LA GLOBALIZACIÓN.....	33
1.1.1.3. LA GLOBALIZACIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES: APORTACIONES DESDE LA SOCIOLOGÍA...36	
1.1.2. GLOBALIZACIÓN Y SALUD:	46
1.1.2.1. A MODO DE REFLEXIÓN: LA SALUD GLOBAL	58
1.1.3. GLOBALIZACIÓN Y DESARROLLO: UN DILEMA CLÁSICO.....	62
1.1.3.1. DE LA MODERNIZACIÓN A UN DESARROLLO MÁS ALTERNATIVO	67
1.1.3.1.1. EL DESARROLLO HUMANO.....	73
1.1.4. VICISITUDES DE LA GLOBALIZACIÓN: LAS DESIGUALDADES GLOBALES.....	76
1.1.4.1. LAS DESIGUALDADES BAJO LA PIEL: DESIGUALDADES GLOBALES EN SALUD.....	88
1.1.4.1.1. LA PANDEMIA DEL VIH: UN EJEMPLO DE DESIGUALDAD GLOBAL EN SALUD.....	94
1.2. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO: UNA RESPUESTA INSTITUCIONAL A LAS CONSECUENCIAS DE LA GLOBALIZACIÓN.....	97
1.2.1. INTRODUCCIÓN.....	97
1.2.2. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL: CONCEPTUALIZACIÓN, ORIGEN Y DESARROLLO.....	98
1.2.2.1. ACTORES E INSTRUMENTOS.....	108
1.2.2.2. A MODO DE REFLEXIÓN.....	110
CAPÍTULO II. LA APROXIMACIÓN DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA DISCIPLINA SOCIOLÓGICA.....	113
2.1. INTRODUCCIÓN.....	113

2.2. LA SOCIOLOGÍA “EN” Y “DE” LA MEDICINA.....	117
2.2.1. GÉNESIS Y DESARROLLO.....	117
2.2.2. LA INFLUENCIA DE PARSONS.....	120
2.2.3. APLICACIÓN PRÁCTICA.....	123
2.3. LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD.....	124
2.3.1. DONATI Y EL PARADIGMA RELACIONAL.....	125
2.4. EL ESTUDIO DEL VIH: MÁS ALLÁ DE LA BIOLOGÍA.....	127
2.4.1. INCERTIDUMBRES Y EVIDENCIAS RESPECTO AL VIH.....	127
2.4.2. TEORÍAS SOCIOLÓGICAS PERTINENTES EN EL ESTUDIO DEL VIH.....	130
2.4.2.1. LA SOCIOLOGÍA FENOMENOLÓGICA.....	132
2.4.2.1.1. «EL MUNDO DE LA VIDA».....	133
2.4.2.1.2. «INTERSUBJETIVIDAD» Y «CONCIENCIA».....	134
2.4.2.1.3. «COMPONENTES PRIVADOS DEL CONOCIMIENTO».....	135
2.4.2.1.4. «TIPIFICACIONES» Y «RECETAS DE ACCIÓN».....	136
2.4.2.1.5. «SIGNIFICADOS» Y «MOTIVOS».....	136
2.4.2.1.6. «ROLES», «REIFICACIONES» Y «LEGITIMACIÓN».....	137
CAPÍTULO III. LAS SOCIEDADES TRADICIONALES: CONTEXTO MICROSOCIOLÓGICO DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	139
3.1. INTRODUCCIÓN: GUINEA ECUATORIAL.....	139
3.1.1. ALGUNAS RESEÑAS HISTÓRICAS.....	139
3.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA Y SANITARIA.....	144
3.2.1. A MODO DE REFLEXIÓN: UNA SOCIEDAD EN TRÁNSITO.....	155
3.3. LA EPIDEMIA DEL VIH EN GUINEA ECUATORIAL.....	159
3.3.1. LA ERRADICACIÓN DE LA EPIDEMIA: ACTORES Y POLÍTICAS.....	163
3.3.1.1. LA EXTENSIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN.....	170
3.4. EL PROYECTO ESEVIGUE: JUSTIFICACIÓN.....	172
3.4.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	172
3.4.2. PERTINENCIA DEL ESTUDIO.....	174
CAPÍTULO IV. EL DISEÑO METODOLÓGICO.....	181
4.1. EL ENFOQUE MULTIMÉTODO: PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD.....	181
4.2. EL PARADIGMA CUALITATIVO: EL ESTUDIO DE CASO ESEVIGUE.....	182
4.2.1. EL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	185
4.2.1.1. MUESTRA.....	189

4.2.1.2. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	193
4.2.1.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	197
4.2.2. EL DESARROLLO DEL CASO DE ESTUDIO ESEVIGUE.....	200
CAPÍTULO V. EL CONTINUUM SALUD Y ENFERMEDAD.....	211
5.1. INTRODUCCIÓN.....	211
5.2. LA SALUD.....	212
5.2.1. EL SIGNIFICADO DE LA SALUD: “Vida, cuerpo y mente”	212
5.2.2. EL VALOR ATRIBUIDO A LA SALUD: “Indiferencia, prioridad, derechos y obligaciones”	217
5.2.3. DETERMINANTES DE LA SALUD: “Gordura versus riqueza”	220
5.3. LA PERCEPCIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD: “Las fang y de hospitales”	223
5.3.1. LOS DETERMINANTES DE LAS ENFERMEDADES.....	230
5.3.1.1. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES.....	230
5.3.1.2. DETERMINANTES SOCIALES.....	231
5.3.1.3. DETERMINANTES BIOLÓGICOS.....	233
5.3.2. EL PADECIMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD.....	233
5.4. LOS CUIDADOS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: “Lo masculino y lo femenino”	236
5.4.1. PROTECCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD.....	237
5.4.1.2. A NIVEL INDIVIDUAL.....	237
5.4.1.2. A NIVEL FAMILIAR.....	239
5.5. LA VALORACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN GUINEA ECUATORIAL: AVANCES Y DESAFÍOS.....	241
CAPÍTULO VI. CONSTRUCCIONES SOCIALES ANTE EL VIH.....	245
6.1. INTRODUCCIÓN	245
6.2. PERCEPCIONES ANTE EL VIH: “Entre lo nuevo y la mala suerte”	246
6.3. LAS PERCEPCIONES DE LOS “OTROS”: “Entre la flaqueza y el abuso sexual”	258
6.4. MECANISMOS SOCIALES DE CONTROL SOCIAL: “Entre las risas, el silencio y el miedo”	261
6.4.1. ESTEREOTIPOS, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN.....	262
6.4.2. EL CONGOSÁ.....	268
6.4.3. MOFAS Y RISAS.....	270
6.4.4. TABÚ.....	271
CAPÍTULO VII. LA ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL VIH.....	273
7.1. INTRODUCCIÓN.....	273
7.2. EL CONOCIMIENTO RESPECTO AL VIH: “El sida”	274

7.2.1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL VIH.....	274
7.2.2. LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN.....	282
7.2.3. LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS Y ORGÁNICOS DEL VIH.....	284
7.3. EL RIESGO DEL VIH Y SIDA: “Entre las infidelidades y la mala suerte”	286
7.4. LA ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS EN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE EL VIH.....	290
7.4.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN RESPECTO A LA TRANSMISIÓN POR VÍA SEXUAL.....	290
7.4.2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN RESPECTO A LA TRASNMISIÓN POR VÍA SANGUINEA.....	296
7.4.3. VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS.....	298
CAPÍTULO VIII. LAS VIVENCIAS CON EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VIH...303	
8.1. INTRODUCCIÓN.....	303
8.2. EL DIAGNÓSTICO DEL VIH: “Entre el desconocimiento, la gravedad y el abandono”	304
8.2.1. LA INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO.....	304
8.2.2. RAZONES DEL DIAGNÓSTICO.....	308
8.3. LA ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO.....	313
8.3.1. PROCESO ASISTENCIAL DEL DIAGNÓSTICO CON EL PROTOCOLO 2004.....	314
8.3.1.1. LAS ANALÍTICAS: “Los papeles”	314
8.3.1.2. LOS MEDICAMENTOS: “Los comprimidos”	321
8.3.1.3. EL MÉDICO: “El doctor”	324
8.3.2. PROCESO ASISTENCIAL DEL PROTOCOLO 2009.....	328
8.3.2.1. LAS ANALÍTICAS: EL TEST RÁPIDO.....	328
8.3.2.2. EL MÉDICO.....	329
8.3.2.3. LOS MEDICAMENTOS.....	330
8.4. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: El counselling post test.....	331
8.5. LAS VIVENCIAS ANTE EL RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO.....	333
8.6. EL TRATAMIENTO DEL VIH.....	339
CAPÍTULO IX. ITINERARIOS ASISTENCIALES. MEDICINA MODERNA VERSUS MEDICINA TRADICIONAL.....345	
9.1. INTRODUCCIÓN.....	345
9.2. ITINERARIOS TERAPEÚTICOS Y PRÁCTICAS ASISTENCIALES: “Entre las curanderías y las consultas”	346
9.4. LA SATISFACCIÓN ASISTENCIAL.....	355
9.5. LAS PREFERENCIAS ASISTENCIALES.....	361
CAPÍTULO X. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE MEJORA.....369	

10.1. INTRODUCCIÓN.....	369
10.2. A NIVEL MACROSOCIOLÓGICO.....	369
10.2.1. EL MODELO CONCEPTUAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	371
10.3. A NIVEL MICROSOCIOLÓGICO	374
10.3.1. LÍNEA PRINCIPAL DE TRABAJO.....	374
10.3.2. LA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA.....	374
10.3.2.1. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH.....	377
10.3.2.2. VIH Y DESVIACIÓN SOCIAL.....	379
10.3.2.3. TEORÍA DE LA REACCIÓN SOCIAL Y LOS MECANISMOS DE CONTROL SOCIAL.....	382
10.3.2.4. LA ADQUISICIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS	383
10.3.2.5. RAZONES DEL DIAGNÓSTICO.....	387
10.3.2.6. PERCEPCIÓN DEL RIESGO.....	388
10.3.2.7. EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	390
10.3.2.8. ITINERARIOS, SATISFACCIÓN Y PREFERENCIA ASISTENCIAL.....	393
10.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	395
10.5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	396
CHAPER X. DISCUSSION, CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS FOR IMPROVEMENT.....	397
10.1. INTRODUCTION.....	397
10.2. MACROSOCIOLOGICAL LEVEL.....	397
10.2.1. "SOCIAL DETERMINATS OF HEALTH" CONCEPTUAL MODEL.....	398
10.3. MICROSOCIOLOGICAL LEVEL.....	400
10.3.1. RESEARCH LINE	400
10.3.2. PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE.....	401
10.3.2.1. SOCIAL REPRESENTATION OF HIV.....	402
10.3.2.2. HIV AND SOCIAL DESVIANCE	403
10.3.2.3. THEORY SOCIAL REACTION AND SOCIAL CONTROL MECHANISMS	405
10.3.2.4. PRACTICES ADOPTED REGARDING HIV: BARRIERS AND FACILITATORS.....	406
10.3.2.5. REASONS OF DIAGNOSTIC	408
10.3.2.6. RISK PERCEPTION	409
10.3.2.7. EXPERIENCES WITH HEALTH SERVICES	410
10.3.2.8. ITINERARIES, PREFERENCES AND CARE SATISFACTION	412
10.4. LIMITATIONS STUDY.....	414

10.5. FUTURE RESEARCH LINES.....	414
BIBLIOGRAFÍA.....	417
GLOSARIO.....	447
ANEXOS:.....	451
ANEXO I: PRIMERA ESTANCIA.....	453
ANEXOII: NOTAS DE CAMPO.....	455
ANEXO III: FORMACIÓN Y COORDINACIÓN CON LA PLATAFORMA MOODLE.....	461
ANEXO IV: CREDENCIAL PARA EL TRABAJO DE CAMPO.....	475
ANEXO V: ACTA DE LA PRIMERA REUNIÓN	477
ANEXO VI: COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA.....	479
ANEXO VII:FICHA PARA EL CONTROL DE CALIDAD.....	481
ANEXO VIII: FICHAS DE RECLUTAMIENTO.....	483
ANEXO IX: PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	485

RESUMEN¹

Ante la alarmante situación de niveles de epidemia generalizada de VIH en Guinea Ecuatorial, y ante la urgente necesidad de llevar a cabo políticas eficaces, eficientes y efectivas en la prevención y en el tratamiento de la epidemia en el país, en el marco del convenio de cooperación al desarrollo entre España y Guinea Ecuatorial, se plantea la pertinencia de realizar el estudio de caso ESEVIGUE². De modo que, en el año 2010 se inicia la investigación que, a continuación se expone, con la finalidad de proporcionar y generar evidencia científica para apoyar el diseño de planes estratégicos nacionales, así como orientar la toma de decisiones respecto a cómo implementar determinadas recomendaciones internacionales, y en concreto la extensión del diagnóstico precoz de VIH a toda la población guineana (OMS, 2002).

El punto de partida de la investigación ha sido indagar, desde una perspectiva macrosociológica, la relación que se establece entre la globalización, con sus diferentes dimensiones, y la epidemia del VIH, para posteriormente descender a un nivel microsociológico, a través de un trabajo de campo etnográfico realizado en Bata, y comprender desde una «perspectiva fenomenológica» (Schütz, 1962), cómo percibe y cómo vive la población el fenómeno de la epidemia. Las estrategias de investigación empleadas en el desarrollo del «estudio de caso» (Stake, 2005) han sido fundamentalmente cualitativas. A través del desarrollo de diversas técnicas, como la observación no participante, la entrevista individual y el grupo de discusión, se recaba información para su posterior análisis, aplicando la teoría fundamentada como método. No obstante, en la descripción y comprensión del contexto social del objeto de estudio también se han empleado fuentes secundarias cuantitativas.

En cuanto a los resultados más relevantes obtenidos en la investigación, en primer lugar se señala la pertinencia del modelo conceptual de «determinantes sociales de la salud» (OMS, 2008) para explicar la prevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial. En este sentido, factores estructurales como las políticas públicas, el contexto político y económico, así como la cultura y los valores tienen una clara incidencia en los niveles de prevalencia en el país. Asimismo, el género, la etnia y el nivel educativo como ejes de desigualdad, también son factores que determinan una mayor vulnerabilidad por grupos sociales. La epidemia constituye, por tanto, un claro exponente de «desigualdad global en salud» (Ritzer, 2007). Ahora bien, estos factores determinantes y ejes de desigualdad, ayudan también a comprender y explicar por qué en el espacio de la cotidianidad, determinados grupos sociales no adoptan algunas prácticas preventivas

1 El documento ha sido escrito según *La Ortografía de la lengua española* (2010) de la Real Academia Española, la cual recomienda eliminar la tilde diacrítica en el adverbio “solo” así como en los pronombres demostrativos “este”, “ese”, etc. o en la conjunción disyuntiva “o” escrita entre cifras.

2 Evaluación de la accesibilidad y utilización del servicio de diagnóstico del VIH en Guinea Ecuatorial.

para protegerse de la amenaza del VIH. Tal es el caso del empleo del preservativo masculino en la población femenina. Y, por último, con base al modelo conceptual de determinantes sociales de la salud, los resultados también nos advierten de la existencia de determinantes intermedios, como la cobertura y la accesibilidad de los servicios sanitarios guineanos de la medicina moderna, como condicionantes para el cuidado de la salud y protección ante el virus. En este sentido, algunas de las barreras de accesibilidad que se producen en la utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH en los servicios sanitarios modernos constituyen causas de abandono y no adherencia.

Ahora bien, en relación a los motivos de abandono de los servicios sanitarios y la no adherencia al tratamiento, los resultados ponen de manifiesto que la medicina tradicional, a diferencia de otros países africanos donde sí tiene una mayor influencia (Asgary, Antony, Grigoryan, Aronson & 2014; Merten et al., 2010), no constituye la principal barrera para el diagnóstico precoz del VIH, ni tampoco la principal causa de abandono de los servicios de diagnóstico y tratamiento. Otros muchos aspectos, que desde una perspectiva fenomenológica configuran el «mundo intersubjetivo» (Schütz, 1962), tienen una mayor influencia para comprender el sentido y el significado de los comportamientos y acciones frente al VIH.

A este respecto, se evidencia la coexistencia de diferentes significados sobre el virus, donde el contexto cultural local juega un papel clave en la configuración de dichas estructuras significativas. Tal es el caso de la percepción unánime que existe del virus como "enfermedad de hospital", en oposición a las enfermedades tradicionales. No obstante, un elemento transversal y común a todos los significados o percepciones que el virus adquiere, se halla en la identificación que se produce entre el VIH y la enfermedad del sida. De modo que, el VIH es finalmente percibido como la "enfermedad del sida", atribuyéndosele en última instancia significado de mortalidad, y configurándose en el imaginario colectivo como una "enfermedad mortal".

Algunas de estas estructuras significativas, tales como "enfermedad de abuso sexual" y "enfermedad mortal", terminan reificándose en el «*lebenswelt*» (Berger & Luckmann, 1967). Y con base a estas estructuras se deriva la construcción de una «representación social» (Moscovici, 1979) del VIH poco positiva y desfavorable. Cabe resaltar la gran contribución de este resultado, por su fuerte valor explicativo en la comprensión de las formas de pensar, actuar y sentir de la población ante el virus.

Ahora bien, debido a la representación social del VIH poco favorable, tener el virus adquiere la categoría social de «desviación secundaria» (Lemert, 1951), modificándose por tanto el «rol social» (Parsons, 1951); la «identidad social» (Tajfel & Turner, 1979); y, en última instancia, redefiniendo y reorganizando el «autoconcepto» (Mead, 1934) de la persona que lo padece. De modo que, y en consecuencia a esta consideración de desviación secundaria, se desencadenan determinados mecanismos

de control social, tales como el congosá, el rumor, las risas, el estigma, el prejuicio que cristalizan finalmente en formas de rechazo social y discriminación en torno a las personas seropositivas.

Por tanto, una primera conclusión que se deriva de los resultados obtenidos en la investigación, es la influencia que tienen los determinantes sociales de la salud para explicar la prevalencia de la epidemia en Guinea Ecuatorial así como su distribución por grupos sociales. Una segunda conclusión, es el fuerte valor explicativo que tienen los distintos constructos sociales creados en torno al VIH para comprender las formas de pensar, actuar y vivir el fenómeno y, por tanto, en la adquisición o no de prácticas preventivas.

ABSTRACT

Given the alarming situation of the generalised HIV epidemic levels in Equatorial Guinea, and given the urgent need to implement effective and efficient policies for the prevention and treatment of the epidemic in the country, the relevance of conducting the ESEVIGUE case study arises, within the framework of the development cooperation agreement between Spain and Equatorial Guinea. So, in 2010 the research began with the purpose of providing and generating scientific evidence to support the development of national strategic plans and guiding decision-making about how to implement certain international recommendations, and in particular the expansion of early diagnosis of HIV across the Equatorial Guinean population (WHO, 2002).

The starting point of the research has been to investigate what relationship exists between globalisation and the HIV epidemic from a macro-sociological perspective, then to subsequently descend to a micro-social level, through ethnographic fieldwork conducted in Bata, with the objective of understanding how the Equatorial Guinean population perceives and lives with the phenomenon of the epidemic from a «phenomenological perspective» (Schütz, 1962). The research strategies employed in the development of the «case study» (Stake, 2005) have been fundamentally qualitative. However, in the description and understanding of the social context of the object of study, quantitative secondary sources have also been used. Specifically, the data collection techniques applied have been non-participant observation, individual interviews and discussion group.

As for the most relevant results obtained in the investigation, firstly it is noted that the HIV epidemic in Equatorial Guinean society responds to the «social determinants of health» (WHO, 2005) conceptual model. It therefore constitutes a clear exponent of «global health inequality» (Ritzer, 2007). In this sense, structural factors such as public policy, political and economic context and culture and values have an impact on prevalence levels in the country. Also, gender, ethnicity and education level as axes of inequality, are also factors that determine greater vulnerability for social groups to the virus. These determinants and inequality axes also help to understand and explain why in the space of everyday life; certain social groups do not adopt some preventive measures to protect themselves from the threat of HIV. Such is the case of male condom use amongst women.

And finally, as for the conceptual model of social determinants of health, it is noted that the intermediate determinants, such as the coverage and accessibility of modern Equatorial Guinean health services, also represent a determining factor for health care and protection from HIV. In this sense, the existing accessibility barriers are causes of abandonment and non-adherence to HIV diagnostic services

and treatment.

In relation to the grounds of abandonment of the services and non-adherence to the treatment, the results show that traditional medicine, unlike other African countries where it has a greater influence (Asgary et al., 2014; Merten et al., 2010), it is not the main barrier to early diagnosis of HIV nor the main cause of abandoning health and diagnostic services. Many other aspects, which from a phenomenological perspective constitute significant structures, i.e. the «intersubjective world» in the terms of Schütz (1962), have a greater influence on the understanding of the meaning and the significance of the behaviours and actions against HIV.

So the coexistence of different meanings regarding HIV is evident, where the local cultural context is key in shaping said significant structures. For example, such is the case of the existing unanimous perception of a «hospital disease», as opposed to traditional diseases. However, a transversal and common element to all the meanings or perceptions that the virus acquires is in the identification that occurs between HIV and the AIDS disease, ultimately being perceived as the "AIDS disease" and therefore the meaning of "deadly disease" ultimately being connotated.

Some of these significant structures, such as "*a disease of sexual abuse*" and "a deadly disease", making it real in the «*lebenswelt*» (Berger & Luckmann, 1967), ultimately result in the construction of a «social representation» (Moscovici, 1979) of HIV as negative and unfavourable. The major contribution of this result is emphasised given that it has a strong explanatory value in the ways in which people think, act and feel regarding HIV.

However, because HIV has acquired an unfavourable social representation, having the virus acquires the social category «secondary deviation» (Lemert, 1951), thus modifying the «social role» (Parsons, 1951); «social identity» (Tajfel & Turner, 1979); and, ultimately, redefining and reorganising the «self-concept» (Mead, 1934) of the person who has it. Therefore the consideration of secondary deviation, triggers certain mechanisms of social control, such as local gossip, rumours, laughter, stigma and prejudice that ultimately crystallise into forms of social rejection and discrimination around HIV-positive people.

This consideration of HIV as secondary deviation also affects the social perception of risk, as long as it is mediated, in part, by «exogroup discrimination» (Tajfel & Turner, 1979).

Therefore, in view of the results obtained, one of the main conclusions obtained from the research is the influence of social determinants of health on an increased vulnerability before the HIV epidemic. As well as the explanatory value that different social constructs have, created around the virus in the acquisition of preventive practices and in the ways of thinking about, acting on and living with the phenomenon of the epidemic in the country.

PRÓLOGO

En la vida social, son pocas las esferas que no vienen marcadas por rituales de paso. La carrera profesional, y en concreto la científica, no lo es menos. Las páginas que, a continuación siguen, describen el proceso investigativo desarrollado con el estudio de caso ESEVIGUE en Guinea Ecuatorial para optar, en última instancia, al grado académico de Doctora con mención internacional.

El origen de mi interés por Guinea Ecuatorial se remonta a la infancia, pues fui socializada con las historias y aventuras que mi tía Mamen relataba sobre el país todos los veranos de regreso a España por vacaciones. De ahí que, en la adolescencia, en más de una ocasión, había soñado con el hecho de poder ir a verla y conocer "África cuando fuera mayor". Además soy de una generación que ha escuchado una multitud de veces de su abuela "con la de niños que hay muriéndose de hambre en África y tú sin querer comer".

Así que, una vez "ya mayor", cuando por entonces trabajaba como investigadora en la Escuela Andaluza de Salud Pública, intenté visitar el país durante mis vacaciones, pero quedó en un intento fallido debido a los tiempos en que me llegó el visado. Con el tiempo busqué, y se presentó, la oportunidad de colaborar en el ámbito de la cooperación al desarrollo en salud a través de proyectos vinculados al Instituto de Salud Carlos III (en adelante ISCIII). Posteriormente, esta inicial colaboración voluntaria se formalizó en un contrato para realizar una asistencia técnica en el año 2009 para una investigación sociológica sobre el VIH en el país. Y, es a partir de entonces, cuando comienza mi aventura. Una aventura que me llevaría finalmente a desarrollar el presente trabajo académico que a continuación se detalla.

Durante este proceso de investigación han sido muchas las dificultades encontradas. Tal y como suele expresarse: "No ha sido un camino de rosas". Algunas de ellas han sido fruto del ya lejano planteamiento metodológico inicial de Investigación-Acción-Participación; pues la investigación nació con el espíritu –a pesar de lo utópico y pretencioso que pueda resultar–, de conseguir cuotas de cambio social en una sociedad fuertemente azotada por el VIH, donde a diferencia de nuestras sociedades desarrolladas, el virus se presenta como una "enfermedad mortal" (Rodríguez, Blasco, Vargas, Nzag, 2010). Otras dificultades se sucedieron durante el trabajo de campo, algunas consecuencias de la falta de recursos, otras por la aplicación de métodos de investigación occidentales a un contexto culturalmente diferente; y las últimas, sobrevenidas, resultado de los males que entrañan nuestras sociedades modernas. Viví una de las peores pesadillas que atormentan y desvelan cuando se escribe una tesis doctoral: la pérdida de información. Sí, me ocurrió esa remota posibilidad, que una siempre desecha, de que le robasen el ordenador y perder parte de información. Afortunadamente no fue mucha.

Pero también han sido muchas las satisfacciones, gratificaciones y vivencias obtenidas. Sin lugar a dudas ha sido “toda una experiencia”. Una experiencia con la cual he crecido científicamente, y también en lo personal. En el campo profesional son numerosos los aprendizajes; desde aplicar la tan conocida imaginación sociológica de Wright Mills (1959) para poder comprender un contexto social completamente ajeno a mis códigos culturales, hasta agudizar el ingenio dada la necesidad imperante de buscar soluciones metodológicas.

También, gracias a este trabajo académico, he podido enriquecerme de otras culturas y equipos de investigación al realizar una estancia predoctoral en la *Université Le-Mirail II*, en Toulouse, durante el curso académico 2012/2013. En definitiva, son muchas las vivencias entrañables que esta aventura investigativa me ha proporcionado para el haber de mi experiencia y para el baúl de los recuerdos.

Las páginas que siguen a continuación, tienen la finalidad de exponer el trabajo de investigación realizado sobre el fenómeno del VIH en Guinea Ecuatorial. Dicho trabajo ha sido estructurado en cuatro bloques temáticos. El primer bloque, compuesto por los tres primeros capítulos, describe la construcción teórica del objeto de estudio. En el primer capítulo se analiza la relación que se establece entre el VIH y la globalización para así proceder a su contextualización a nivel macrosociológico. El segundo capítulo fundamenta la pertinencia de aplicar la perspectiva sociológica en la aproximación del VIH. En concreto se expone la teoría fenomenológica de Alfred Schütz (1932) como herramienta conceptual pertinente. Y, en el tercer capítulo, se procede a la contextualización microsociológica del objeto de estudio a través de la descripción y análisis de la estructura social del país.

El segundo bloque metodológico, compuesto por el cuarto capítulo, justifica teóricamente la adecuación del método de investigación empleado con los objetivos del estudio. Describe detalladamente las estrategias metodológicas llevadas a cabo durante el desarrollo del estudio de caso ESEVIGUE.

El tercer bloque, que comprende del capítulo quinto al noveno, analiza la fenomenología del VIH en Guinea Ecuatorial a través de los resultados obtenidos del estudio de caso llevado a cabo en Bata. En estos cinco capítulos se analiza, desde el propio testimonio de las personas, el significado que adquiere el virus, la experiencia de las personas seropositivas así como las acciones que se adoptan en relación al VIH. También son analizados otros constructos como la salud, la enfermedad, la medicina, los itinerarios, las prácticas, la satisfacción y las preferencias asistenciales, pues son explicativos para la comprensión de las acciones ante el fenómeno del VIH.

Y, por último, en el capítulo décimo se discuten y concluyen los resultados más relevantes obtenidos en la investigación sobre la base de teorías y otros estudios empíricos realizados en el contexto africano con la finalidad última de reflexionar sobre posibles líneas de mejora.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

A continuación se explicitan los objetivos analíticos de investigación que este trabajo académico persigue dar respuesta:

1. Comprender, desde una perspectiva macrosociológica y microsociológica, la epidemia del VIH en Guinea Ecuatorial.
2. Analizar a través del estudio de caso ESEVIGUE la fenomenología de la epidemia del VIH en un modelo de sociedad tradicional:
 - 2.1. Identificar los significados, simbologías y constructos sociales que adquiere el VIH en la sociedad guineana ecuatoriana.
 - 2.2. Identificar qué tipo de factores interceden en la adopción de prácticas preventivas ante el VIH, y específicamente en la adopción del diagnóstico precoz.
 - 2.3. Identificar qué tipo de barreras y facilitadores interceden en la accesibilidad y utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH la sociedad guineana ecuatoriana.
 - 2.4. Identificar las razones y motivos de por qué las personas abandonan el servicio de diagnóstico de VIH.
3. Reflexionar sobre los aspectos de mejora asociados a las sociedades tradicionales en la prevención del VIH.

**MARCO TEÓRICO
Y CONSTRUCCIÓN
DEL OBJETO DE ESTUDIO**

CAPÍTULO I. LA SALUD Y EL DESARROLLO EN LA GLOBALIZACIÓN

1.1. LA GLOBALIZACIÓN: CONTEXTO MACROSOCIAL DEL VIH

1.1.1. INTRODUCCIÓN

1.1.1.1. LA GLOBALIZACIÓN: UN NEOLOGISMO DE MODA

Si no sabemos con toda precisión el significado de las palabras que utilizamos, no podemos discutir nada en forma provechosa, ya que la mayoría de los argumentos fútiles con los que perdemos el tiempo se deben en gran medida a que cada uno de nosotros tiene su propio significado de las palabras que utiliza (Wittgenstein, 1922)

En la actualidad el vocablo «globalización» es un neologismo que parece estar muy de moda. Hoy en día, su empleo, traspasa las fronteras que delimitan el ámbito académico, siendo muy utilizado en una diversidad de diferentes y variopintos contextos, tales como el político, mediático, comercial, ecológico, etc.

En cuanto al origen del término, la literatura científica en este campo pone de manifiesto diferentes visiones al respecto. Una primera visión sitúa su antecedente en el contexto educativo americano de los años cuarenta, el cual estaba caracterizado por la existencia de una amalgama de nacionalidades y culturas diferentes entre los/as alumnos/as. En contraposición, una segunda corriente remonta su origen al contexto académico estadounidense de finales de los años sesenta, donde intelectuales de diferentes disciplinas, ciencias de la comunicación y politología, ejercieron una fuerte influencia en el desarrollo del término (Bolaños, 2009). A este respecto, en primer lugar se señala al académico Marshall McLuhan, quien con la creación de la metáfora de la «aldea global» (McLuhan, 1962) alude por primera vez durante sus enseñanzas en la Universidad de Toronto a las transformaciones culturales que estaban aconteciendo en el mundo causadas por el desarrollo tecnológico de los medios de comunicación. En segundo lugar se menciona al politólogo Zbigniew Brzezinski, que por entonces ejercía de profesor en la Universidad de Columbia y de consejero nacional de seguridad del presidente Jimmy Carter, pues anunció en un discurso político –que tuvo mucha repercusión mediática–, el advenimiento de una sociedad global: “la estadounidense”. En dicho discurso advertía que, dada la supremacía económica y tecnológica, la sociedad

estadounidense universalizaría su modo de vida –recientemente en otro discurso “Despertar político global” proclama, contrariamente a lo que predijo, las dificultades políticas de las grandes potencias para gobernar debido al fraccionamiento de las élites– (Brzezinski, 2008). Y, por último, una tercera corriente de autores cuestionan “este origen reciente del término” atribuyendo los antecedentes a los trabajos intelectuales del siglo XIX y principios del XX (Held, McGrew, Goldblatt & Perraton, 1999, p.5):

“Although media references to globalization have become common over the last two decades the concept itself can be traced back to a much earlier period. Its origins lie in the work of many nineteenth-and early twentieth- century intellectuals, from sociologists such as Saint-Simons to students of geopolitics such as MacKinder, who recognized how modernity was integrating the world”.

Desde que por primera vez explícitamente se hace referencia al término en foros académicos o públicos, su uso y empleo se ha ido incrementando de manera exponencial hasta llegar a constituir un tema central de debate en nuestros días, bien sea en la agenda política, tecnócrata, mediática o en la académica. Tanto es así que, por ejemplo, en el ámbito académico dicho término se convierte en una de las más mencionadas *vedettes* de las ciencias sociales a finales del siglo XX. Sin embargo, la visibilidad que adquiere durante todas estas décadas en el debate público no siempre ha permanecido constante ni igual, evidenciándose, por tanto, la influencia de factores políticos y económicos tanto en su relevancia como en su pertinencia.

A este respecto, los análisis realizados por Noya y Rodríguez (2010) apuntan al hecho de que los años noventa representa la década donde dicho término adquiere una mayor presencia en la agenda pública. Y en gran medida ello fue debido a que tras una década de la caída del Muro de Berlín los avances del capitalismo mundial ya se habían hecho sentir a escala global. Sin embargo, por entonces, no solo había tomado fuerza el discurso ideológico liberal que proclamaba y abanderaba todas las virtudes de la globalización económica sino que, paralelamente, también había ido forjándose y articulándose un discurso alternativo con eco en muchos líderes intelectuales como Pierre Bourdieu (1993), Susan George (2001), Naomi Klein (2007). Discurso que posteriormente cristalizaría en el *movimiento antiglobalización* y con la creación de plataformas como la Asociación por la Tasación de las Transacciones financieras y por la Acción Ciudadana (en adelante ATACC), el Foro Social de Porto Alegre o la alternativa de Foro Económico Mundial en Davos. Sin embargo, a partir del año 2001 el interés por la globalización que venía dándose en la agenda pública queda desplazado por el terrorismo internacional como consecuencia del atentado de Al Qaeda a las Torres Gemelas (Guillén, 2001). Aunque a este respecto muchos expertos y analistas en el campo de las relaciones internacionales, y también de otras disciplinas, como Moisés Naím (2001) han valorado el terrorismo internacional como una cara más de la globalización. En esta misma

línea de opinión expresa Giddens (2000, p.64-65):

“El fundamentalismo es, en este sentido, “tradición acorralada”, tradición defendida a la antigua usanza -por referencia a su verdad ritual- en un mundo globalizado que pregunta por los motivos [...]. El fundamentalismo [en síntesis] es hijo de la globalización”.

Ahora bien, actualmente se prevé un resurgimiento del interés por la globalización en el debate público debido a las consecuencias globales desencadenadas por la crisis financiera del año 2008 que sufrimos desde entonces (Noya & Rodríguez, 2010).

Paradójicamente, a pesar de toda la popularidad y divulgación de la que goza esta palabra –bien sea en el discurso académico, político o en el lenguaje cotidiano–, ninguna definición hasta la fecha ha alcanzado *categoría de ortodoxia*, acotando y precisando, por tanto, su significado. De tal modo que, contrariamente a lo esperado –pues en términos generales en la actualidad se dispone de mayor producción científica sobre el tema–, persiste más confusión sobre el término que en tiempos pasados. Esto ha dado lugar a un uso y empleo del término impreciso, versátil y polisémico. De ahí que Beck (1998, p.40) señale que: “La globalización es a buen seguro la palabra (a la vez eslogan y consigna) peor empleada, menos definida, probablemente la menos comprendida, la más nebulosa y políticamente la más eficaz de los últimos– y sin duda también de los próximos años”. Por tanto, no es de extrañar que el término adquiriera una gran variedad de connotaciones diferentes en función del contexto en que se emplee, dándose incluso casos de significados semánticamente contradictorios y antagónicos. Por ejemplo, la palabra globalización puede liderar tanto el contenido de eslóganes de manifestaciones del movimiento del 15M en España en oposición a la globalización económica y el capitalismo mundial, como el contenido de un anuncio de marketing comercial de una gran empresa multinacional, pues como expresa Bauman (2011, p.9): “[...] ser local en un mundo globalizado es una señal de penuria y degradación social”.

En cuanto a las causas explicativas de toda esta confusión generada, Bolaño (2009, p.34) apunta al hecho de que las razones trascienden de cuestiones meramente lingüísticas, semánticas, epistemológicas o históricas: “[...] pues lo que está en juego no es el concepto en sí sino la intención que subyace en su construcción”. Por tanto, hace hincapié en que la principal razón se halla en la pretensión de construir un concepto que intenta describir aspectos relacionados con el sentido del mundo y que, por consiguiente, no está exento de intereses políticos e ideológicos. De tal modo que, una de las principales dificultades en la delimitación del término, consiste en el desacuerdo que se produce a la hora de analizar y describir las transformaciones y cambios que conlleva la globalización como proceso debido a que se tiende a polarizar las diferentes visiones existentes: por un lado se establece una *visión globalista* del fenómeno, afín a una

ideología neoliberal, mientras que por otro lado se impone una *visión escéptica*, más afín a ideologías marxistas y de izquierdas.

Sin embargo, más allá de toda la indefinición y ambigüedad que rodea y caracteriza al término, esta es paradójicamente percibida como si se tratara de un asunto claro y evidente; un término supuestamente bien acotado y definido, y fundamentado en incuestionables argumentos teóricos y validado con consistente evidencia empírica (Palomo, 2011). Y ello, en gran medida, es consecuencia del fuerte interés que el tema ha suscitado en los diferentes ámbitos, que en palabras de Aguirre (2000, p.2): “[...] ha dado lugar a convertir el término en una categoría de vasto sentido común utilizada profusamente en todos los medios de comunicación masiva y en el lenguaje cotidiano de la gente común”.

De tal modo que, la consecuencia final de todo ello ha sido el hecho de que hoy en día no se disponga de una definición universal y consensuada sobre la globalización –resulta cuanto menos singular y cuanto más irónico, pero quizá coherente, carecer de una definición global de la propia globalización–. Ahora bien, frente a este vacío, existe en la literatura científica una gran variedad de definiciones específicas sobre el término. Hecho que a su vez ha contribuido también a reforzar y generar aún más confusión. No obstante, con el objetivo de paliar esta falta de precisión y delimitación teórica se han establecido determinadas estrategias heurísticas en su aproximación conceptual. De tal modo que, en primer lugar, y con la finalidad de facilitar un entendimiento mayor del término, se recomienda partir de unos elementos comunes del fenómeno de la globalización sobre los cuales sí parece haber consenso. Estos elementos, a saber, son (Held & McGrew, 2003):

1. La internacionalización producida de los aspectos económicos, políticos, culturales y sociales. Dicha internacionalización ha sido muy acusada en los mercados financieros y en los mercados de trabajo. Una interconexión económica del mundo con consecuencias multilaterales desiguales: asimetría en los intercambios, desigualdad e injusticia global.
2. La revolución y transformación producida en las tecnologías de la información y en la comunicación.
3. La interdependencia generada entre los Estados y los problemas transnacionales y transfronterizos han cobrado protagonismo poniendo en cuestión diversos aspectos del papel del gobierno nacional en el contexto global.

En segundo lugar, algunos autores proceden a delimitar el término a partir de las diferencias conceptuales con otros términos con los que guarda una determinada afinidad o similitud en algún

elemento; por ejemplo, y sirva de botón de muestra, la distinción que realiza Beck entre los términos «globalización», «globalismo» y «globalidad». Asimismo, otros términos que han sido también comparados con el término globalización son: «sistema mundial» (Wallerstein, 1979), «sociedad mundial» (Albrow, 1996), «mundialización» (Giddens, 1999), «multilaterismo» e «internacionalización» (Beck, 1996) e «imperialismo» (Petras, 2002).

No obstante, a pesar de no disponer de una definición unívoca y precisa del término, han sido muchos los intentos teóricos realizados. En la disciplina sociológica han proliferado los esfuerzos por definir y acotar dicho término. Sin embargo, dicho concepto tampoco en la actualidad constituye una categoría sociológica consolidada en la disciplina (Noya & Rodríguez, 2010). Ahora bien, dado que se escapa del objetivo de esta tesis realizar un metanálisis de las distintas definiciones que hay sobre la globalización, en este apartado tan solo se exponen algunas aproximaciones conceptuales del término. Dichas definiciones se consideran pertinentes para el propósito de este apartado porque en su conjunto, a nuestro juicio, describen y recogen un vasto abanico de aspectos que están imbricados en el complejo proceso de la globalización. Y, por ende, constituyen una herramienta analítica útil para contextualizar el objeto de estudio de la tesis, la pandemia de VIH, con el proceso de globalización. No obstante, al referir varias definiciones sobre el término globalización se adopta una posición no excluyente sino de complementariedad entre los distintos significados que el término pueda adquirir. Asimismo, cabe mencionar la relevancia de estas definiciones en relación a la aportación teórica general que realizan sus autores al estudio de la globalización.

La primera definición de globalización que se expone es la realizada por Beck (1998) en su célebre ensayo *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, quien como se ha mencionado en párrafos anteriores acota dicho concepto en contraposición a los términos «globalismo» y «globalidad». En primer lugar, delimita el término como “[...] la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político; es decir la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo” (Beck, 1998, p.27). El «globalismo» consiste por tanto en una construcción ideológica basada en el neoliberalismo caracterizado por una visión meramente económica, unidimensional y lineal basada en el desarrollo y en la expansión del mercado mundial libre. A partir de esta primera delimitación, Beck (1998, p.28) explica qué significa el concepto de «globalidad»: “[...] hace ya bastante tiempo que vivimos en una sociedad mundial, de manera que la tesis de los espacios cerrados es ficticia. Las distintas formas económicas, culturales y políticas no dejan de entremezclarse y las evidencias del modelo occidental se deben justificar de nuevo”. Y en este sentido, define «sociedad mundial»³ como (Beck, 1998, p.28):

3 Beck (1998) desarrolla el concepto de «sociedad mundial» a partir del concepto elaborado por Albrow (1996), donde «mundial» significa diferencia, pluralidad y «sociedad» estado de no integración. Por lo tanto, para el autor, la sociedad mundial es una pluralidad sin unidad, no es una megasociedad nacional que contenga todas las sociedades nacionales, sino un horizonte

“La totalidad de las relaciones sociales que no están integradas en la política del Estado nacional ni están determinadas (ni son determinables) a través de esta”.

A diferencia del «globalismo», la «globalidad» es pluridimensional pues afecta a diferentes ámbitos como el social, político, militar, económico, ecológico. En este sentido, afirma que tan solo con una comprensión profunda de cada dimensión, y de las interrelaciones que se dan entre ellas “[...] se puede acabar con el hechizo despolitizador del globalismo” (Beck, 1998, p.29). De tal modo que ya no existen, para el autor, fenómenos sociales aislados ni locales.

Y a partir de la delimitación de estos dos conceptos define el concepto de «globalización», estableciendo así las diferencias entre las distintas acepciones. La globalización por tanto consiste en “[...] los procesos en virtud de los cuales los estados soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios” (Beck, 1998, p.29). En esta primera aproximación se enfatiza la dimensión política del término. Sin embargo, más adelante en el ensayo ofrece otra definición de globalización en relación al concepto de globalismo donde hace hincapié en la dimensión cultural (Beck, 1998, p.30):

“Un proceso que crea vínculos y espacios sociales transnacionales, revaloriza culturas locales y trae a un primer plano terceras culturas: un poco de eso, un poco de este, tal es la manera como las novedades llegan al mundo”.

Posteriormente en el ensayo *Poder y contrapoder en la era global* (2004), realiza una redefinición del término incluyendo nuevos elementos que no estaban presentes en esta primera aproximación. De tal modo que amplía su visión sobre la globalización, haciendo hincapié en que la interdependencia e interconexión que se produce no solo afecta al ámbito soberano y político de los Estados sino también al ámbito económico, tecnológico y de comunicación. Ámbitos que no habían sido tenidos en cuenta en su primera definición (Beck, 2004, p.45):

“Es la creciente interdependencia e interconexión del mundo moderno mediante mayores flujos de bienes, servicios, capital, gente e información. A la cabeza del proceso se encuentran los avances tecnológicos y las reducciones de los costos de las transacciones internacionales, que difunden tecnología e ideas, aumentan el porcentaje de comercio de la producción mundial y la movilidad del capital”.

mundial caracterizado por la multiplicidad y la ausencia de integración.

La segunda aproximación teórica que se analiza sobre el término globalización es la realizada por el sociólogo británico Giddens (1999), quien define dicho término como: *⁴“[...] cantidades de personas cada vez más grandes viven en circunstancias en las cuales las instituciones están desarraigadas, y que vinculan prácticas locales con relaciones sociales globalizadas que organizan aspectos importantes de la vida cotidiana” (Giddens, 2000). Dicha definición lleva implícita una perspectiva fenomenológica del proceso de globalización en tanto en cuanto señala que dichas transformaciones suceden también en un nivel más microsocioal, en la cotidianidad de las personas.

Asimismo, se expone también la definición de globalización dada por Sassen (2007, p.14) en su ensayo *Una sociología de la globalización*, debido a la doble vertiente que resalta del término: “Por un lado designa la formación de procesos e instituciones explícitamente globales, como la Organización Mundial de Comercio, los mercados financieros internacionales, el nuevo cosmopolitismo y Los Tribunales Internacionales de Crímenes de Guerra. Las prácticas y modalidades organizativas mediante las cuales operan estas entidades explícitamente globales. Por otro lado, se encuentran los procesos que no pertenecen a la escala global y que sin embargo forman parte de la globalización. Dichos procesos están inmersos en territorios y dominios que en gran parte del mundo, si bien no en todos los casos, se consideran nacionales”.

Y, por último, debido al carácter englobador –valga la redundancia del término–, mencionamos la propuesta teórica de los autores Held y McGrew (2003, p.13), pues incluyen muchos aspectos del proceso de globalización, lo cual convierte dicha aproximación teórica del término en una herramienta analítica útil:

“Designa la escala ampliada, la magnitud creciente, la aceleración y la profundización del impacto de los flujos y patrones transcontinentales de interacción social. La globalización remite a un cambio o transformación en escala de la organización humana que enlaza comunidades distantes y expande el alcance de las relaciones de poder a través de regiones y continentes de todo el mundo”.

En síntesis, la aproximación conceptual del término globalización en este trabajo de investigación se realiza con base a las características que se han establecido de la globalización, sobre las cuales sí parece haber consenso, y a los diversos elementos que señalan las distintas definiciones dadas, pues ello permite contextualizar el objeto de análisis de la tesis –la pandemia del VIH– en el marco del conjunto de procesos y características que operan y definen a las sociedades en la contemporaneidad. Del mismo

4 Se ha empleado el símbolo * con base a las normas de la RAE para indicar la agramaticalidad, o la inadecuación del uso de la lengua castellana en la cita por parte del autor de la cita. Véase: <http://www.rae.es/diccionario-panhispanico-de-dudas/citas-y-ejemplos>.

modo, que también constituye una herramienta analítica pertinente para la reflexión en cuanto a la relación y el efecto que la globalización pueda tener para la salud.

1.1.1.2. LA IDEOLOGIZACIÓN EN LA REFLEXIÓN SOBRE LA GLOBALIZACIÓN

Otro aspecto importante a tener en cuenta, ya sea en la delimitación conceptual del término así como en el desarrollo de un *corpus* teórico sobre la globalización, es la fuerte ideologización producida en torno al tema en la década de los noventa. Tras la caída del muro de Berlín, la globalización se convierte en un tema central de debate, pues se discute sobre el nuevo escenario mundial que el mundo está adquiriendo. Un escenario mundial caracterizado, entre otras, por una creciente interdependencia multidimensional entre las distintas naciones. Y, desde entonces hasta ahora, la globalización ha sido y es objeto de discusión hasta nuestros días, aunque en la actualidad en menor medida.

Ahora bien, al igual que ocurre con la delimitación conceptual del término, tampoco ha sido fácil alcanzar consensos y acuerdos respecto a las distintas interpretaciones que se dan del fenómeno. Tanto es así que hay quien expresa que el único acuerdo que reina en relación a la globalización es el propio desacuerdo existente (Montagud, 2000). Por tanto, dada la fuerte polémica que el tema ha suscitado y, por consiguiente, dada la variedad de diferentes puntos de vistas y aspectos que se tratan, hay autores/as que mencionan la adecuación de referirse mejor a “los debates sobre la globalización” en vez del “debate sobre la globalización” (Held et al., 1999). Estos mismos autores en su ensayo *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*. Cambridge (1999) elaboran una herramienta heurística basada en la creación de un tipo ideal de clasificación sobre las distintas interpretaciones realizadas de la globalización teniendo en cuenta aquellos puntos de acuerdos y desacuerdos existentes (véase Cuadro 1). A continuación, se expone sintéticamente la clasificación establecida sobre las distintas corrientes de opiniones existentes:

- La *corriente hiperglobalizadora*, afín a la doctrina económica del liberalismo, percibe la globalización como una nueva época de la historia humana, la cual viene a ampliar y desarrollar económicamente el mundo pues es gobernada por el mercado siendo este mucho más eficiente que el Estado. Ello conlleva a una desnacionalización de las economías mediante el establecimiento de redes transnacionales de producción, comercio, finanzas. Para esta corriente la *globalización económica* está generando un nuevo modelo de economía global en el que hay tanto ganadores como perdedores. Las virtudes que señalan de esta nueva época son: 1. Mayor movilidad de las personas y del capital, lo cual conlleva a una mayor libertad individual. 2. Apertura a la competencia internacional. 3. Mayor incentivo de la iniciativa privada. 4. La interconexión de los

mercados financieros. 5. Mayor crecimiento y estabilidad económica. 6. Mayor eficiencia de la economía. En definitiva, sostienen que la *globalización económica* construye nuevas formas de organización social que reemplazan al Estado tradicional, pues este se convierte en una unidad de negocio no viable en un nuevo orden económico mundial.

- La *corriente escéptica*, afín a una ideología marxista y de izquierda, es la posición opuesta a los hiperglobalizadores. En líneas generales, niegan la existencia de la globalización, a lo sumo le dan a la globalización el carácter de etapa o una fase más del capitalismo. Esta corriente, aún asumiendo las transformaciones producidas en la organización económica, social y política, como pudieran ser las innovaciones tecnológicas, se pregunta qué hay realmente de nuevo en el fenómeno de la globalización: ¿por qué se le llama globalización cuando realmente se habla de capitalismo? Así algunos autores, como Petras (2002) ubicado en esta corriente de opinión, defienden la idea de imperialismo para explicar los cambios y transformaciones que actualmente acontecen (Noya & Rodríguez, 2010). De modo que, la globalización vendría a ser un mito. Un mito que intenta ocultar la realidad capitalista de la economía internacional, segmentada en bloques regionales importantes, en la que los gobiernos nacionales siguen siendo muy poderosos. En este sentido, señalan que los gobiernos no son víctimas pasivas de la globalización, sino que son sus principales arquitectos. Por tanto, se oponen a la idea de que disminuya la intervención del Estado, ya que constituye una fuerza eficaz y capaz de regular la actividad económica. Postulan que el mundo tiende y se encamina hacia la regionalización, fragmentándose en bloques de civilización y enclaves étnicos.
- La *corriente transformacionista*, afín a la ideología socialdemócrata, concibe las características contemporáneas de la globalización como algo históricamente sin precedentes, es un proceso histórico lleno de contradicciones y factores coyunturales. La interconexión que se produce entre las distintas sociedades y los Estados están dando lugar a profundos cambios. De modo que, la globalización constituye un factor decisivo en las transformaciones políticas, económicas y sociales que están operando en las sociedades contemporáneas y en el orden mundial. En este sentido, las economías nacionales se están reorganizando con base a los procesos de *globalización económica*. Asimismo, la globalización también está asociada con nuevas pautas de estratificación, pues mientras que algunas sociedades se interconectan en el orden mundial otras cada vez están más marginadas. En este sentido, la vieja división geográfica de países Norte-Sur responde en el nuevo orden mundial a una división social. Frente a la tesis de la desaparición del Estado, postulan que se produce una reingeniería del poder, de las funciones y la autoridad de los gobiernos nacionales. La globalización ha generado por tanto un abanico de estrategias de ajuste del Estado ante el nuevo orden mundial.

Por tanto, la consecuencia final de esta fuerte ideologización ha sido, comparativamente con otras áreas de estudio en ciencias sociales, situar el debate sobre la globalización en un plano más normativo y del deber ser, en detrimento del saber científico y teórico, pues finalmente lo que se pone en cuestión es el proyecto de mundo hacia el que se dirigen las sociedades contemporáneas. Tanto es así que esta ideologización producida constituye para algunos autores uno de los principales obstáculos epistemológicos para el estudio teórico de la globalización (Dabat, 2002).

Cuadro 1. Conceptualización de la globalización: tres tendencias

	HIPERGLOBALISTAS	ESCÉPTICOS	TRANSFORMACIONISTAS
¿Qué hay de nuevo?	Era global	Bloques comerciales, gobierno territorial débil	Niveles sin precedentes de interconexión global
Características dominantes	Capitalismo global, sociedad civil global	Mundo menos interdependiente	Globalización densa
Poder de los gobiernos nacionales	Disminución y erosión	Reforzado o mejorado	Reconstituido y reestructurado
Fuerzas impulsoras de la globalización	Capitalismo la tecnología	Estado y mercados	Fuerzas combinadas de la modernidad
Pautas de estratificación	Erosión de las antiguas jerarquías	Creciente marginalización	Fuerzas combinadas de la modernidad
Motivo dominante	McDonalds, Madonna	Interés nacional	Transformación de la comunidad política
Concepto de globalización	Reordenamiento de la estructura de la acción humana	Internacionalización y regionalización	Reordenamiento de las relaciones interregionales y a distancia
Trayectoria histórica	Civilización global	Bloques regionales de las civilizaciones	Indeterminada: integración y fragmentación global
Resumen	Fin del Estado	Internacionalización depende del Estado	Internacionalización transforma el poder del Estado y la política mundial

Fuente: Held et al. (1999)

1.1.1.1.3. LA GLOBALIZACIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES: APORTACIONES DESDE LA SOCIOLOGÍA

[...]los procesos transnacionales como la globalización política, económica y cultural enfrentan a las ciencias sociales con una serie de desafíos teóricos y metodológicos. Estos desafíos surgen debido a que lo global (ya sea una institución, un proceso, una práctica discursiva o un imaginario) trasciende el marco exclusivo del Estado-nación y al mismo tiempo habita parcialmente los territorios y las instituciones nacionales (Sassen, 2007).

Del mismo modo que no hay una definición universal del término globalización tampoco se dispone de una teoría global al respecto, a pesar de que hoy en día es un hecho consolidado del cual existe mucha evidencia empírica. Por ejemplo, a nivel microsocial, en la actualidad ya no se cuestiona que el poder estar degustando una fajita con salsa de chile en muchos hogares del mundo, más allá de las fronteras que delimitan el territorio mexicano, representa una clara manifestación de cómo la globalización se ha inmiscuido en la cotidianidad de nuestras vidas; así como tampoco, a un nivel macrosocial, la crisis económica mundial que vivimos –apodada como la crisis de los países desarrollados, y que como apuntan economistas de reconocido prestigio internacional, como el premio Nobel de economía 2001 Josep Stiglitz, hunde sus raíces en la crisis financiera desatada en EE.UU. en el año 2008–.

En cuanto al estudio teórico de la globalización, aún persisten muchas divergencias entre teóricos/as e intelectuales sobre cuestiones que ya habían sido planteadas en los inicios del fenómeno: ¿asistimos al surgimiento de un nuevo tipo de sociedad?, ¿es una evolución de procesos de desarrollo anteriores o por el contrario es una ruptura de dichos procesos?, ¿dónde se sitúa el origen cronológico de la globalización?, ¿es una nueva época o se trata de una etapa histórica?, etc., y un sinnúmero de cuestiones más. Estos interrogantes no resueltos evidencian la falta de una teoría universal sobre la globalización en las ciencias sociales. Ante lo cual cabe preguntarse: ¿por qué no han sido capaces las ciencias sociales de elaborar una teoría general explicativa sobre el proceso más importante que asisten las sociedades contemporáneas a finales del siglo XX y XXI?

Según Beck (1998), una de las principales razones explicativas se halla en el «nacionalismo metodológico»⁵—refiriéndose a este como la continuidad, más allá del periodo histórico de su vigencia, de

5 Dicho término fue acuñado por primera vez por el intelectual Herminio Martins (1974). El concepto hace referencia a la crítica sobre el modo en el que en los últimos años se estaba llevando a cabo la investigación social por parte de muchos académicos a finales del siglo XX, pues estaban utilizando los conceptos derivados del Estado nación, en concreto para delimitar a la sociedad como principal objeto de estudio. Esta manera de concebir a la sociedad, identificándola con el Estado nación, ha conducido a una homogenización de toda la unidad de análisis de toda la sociedad (Morcillo, 2011). Beck (1998), en relación al concepto de «nacionalismo metodológico», señala la existencia de una mirada nacional que consiste en equiparar el Estado, la sociedad y el territorio. De tal modo que dicho concepto se refiere a cuando la mirada de los actores determina las perspectivas de observación científica. Y, en este sentido, especifica diversos ámbitos de la investigación que se ven afectados como el campo de las desigualdades sociales, el terrorismo y el comercio internacional.

la asunción entre la equiparación entre Estado, sociedad nacional y territorio—, que caracteriza las ciencias sociales del siglo XX. En esta misma línea de pensamiento, Sassen (2007) apoyando la tesis del «nacionalismo metodológico» añade la existencia de estructuras múltiples y específicas de lo global en aquello que tradicionalmente se considera nacional. En contraposición, hay autores que apuntan al hecho de que la principal problemática en las ciencias sociales es que aún, tanto metodológicamente como teóricamente, la cuestión de la globalización está en proceso de nivelación y, por tanto, se trata finalmente de una totalidad en formación (Ianni, 2004).

Un análisis más amplio realizado por Dabat (2002) señala cuatro obstáculos epistemológicos fundamentales que han dado lugar a disponer de un conocimiento de la globalización descriptivo y metafórico, en detrimento del conocimiento generalizador y analítico que contemple todas las dimensiones de la globalización y las relaciones causales entre las distintas dimensiones: 1. Paradigma estatocentrista que domina en la mayoría de la ciencias sociales. 2. El ambiente intelectual antisistémico del posmodernismo y tecnocracia. 3. Herencia del estatismo ideológico del marxismo de casi un siglo. 4. La insuficiencia de la teoría espacial en el determinismo social.

En las ciencias sociales, la globalización empieza a ser sujeto de reflexión y análisis a partir de la década de los ochenta. Las ramas del saber científico que tradicionalmente abordaron su estudio fueron, por excelencia, la economía y la sociología. Sin embargo, en la actualidad son muchas las disciplinas que investigan en este campo. De ahí que disciplinas como derecho, geografía (Algaba & Azevedo, 1997) o ciencias de la salud, que en un principio estaban alejadas del estudio de la globalización, hoy muestran interés por comprender y estudiar alguna dimensión o aspecto en relación a ella. Gran parte de ello se debe no solo a la irrupción que esta ha tenido en muchas esferas de la sociedad humana sino también a la euforia vivida en las ciencias sociales por el fenómeno de la globalización. Hasta tal punto de llegar a parecer que todo aquel material científico que no estuviera contextualizado en el marco de la globalización careciera de relevancia y pertinencia. En esta línea de pensamiento, expresa Paladino (2012, p.1): “[...] la globalización parecería ser la figura conceptual en la cual se había depositado en, y funciona como, la totalidad que da forma –informa– a la mayoría de los acontecimientos”.

En términos generales, los años noventa del siglo pasado fue cuando se genera una mayor producción teórica y empírica sobre el tema. Los inicios del desarrollo del cuerpo teórico sobre la globalización se centraron principalmente en los aspectos económicos del fenómeno (Dabat, 2002). De ahí que, inicialmente el vocablo globalización, tan solo estuviera presente en el lenguaje de expertos teóricos del ámbito de la economía, concretamente en el área de gestión empresarial y mercadotecnia: economistas como Theodore Levitt y Michael Porter con sus aportaciones sobre la noción de «empresa global» (industrias globales) constituyen referentes clásicos de la literatura general sobre la globalización. No obstante, más allá de la disciplina económica, la dimensión económica del proceso de globalización ha

sido siempre una variable constante en los análisis teóricos sobre el fenómeno en las ciencias sociales. Tanto es así que algunos teóricos llegan a postular que dicho fenómeno es exclusivamente un proceso económico. Sin embargo, en la medida en que la globalización ha ido avanzando y manifestándose en diferentes dimensiones en la realidad social como la política, la cultura, el medio ambiente, etc., este supuesto ha quedado cuestionado por el alcance que dicho fenómeno ha adquirido.

La sociología también ha sido una de las disciplinas más prolíficas del campo analítico sobre la globalización en los años noventa. Fruto de ello son las grandes teorías elaboradas sobre la globalización, como la «teoría del sistema mundial» (Wallerstein, 1979), la obra de Giddens (1999) sobre modernidad y globalización, la «teoría del riesgo global» (Beck, 2006), o la «sociedad de la información» (Castell, 2005). Y como teorías de alcance medio, más situadas en el campo de la investigación empírica, son por ejemplo las teorías de Albrow (1996), Therborn (1999) y Appadurai (2001). Sin embargo, a pesar de todas las contribuciones teóricas y empíricas al campo del saber científico sobre la globalización que realiza la disciplina sociológica, hasta la fecha aún no se dispone de una teoría global y universal, y de gran alcance, en la teoría sociológica contemporánea como bien lo fueron la «teoría marxista» (Marx, 1967), o la «teoría de la industrialización» de Weber (1905) en la teoría sociológica clásica. A ese respecto, Noya y Rodríguez (2010, p.61) señalan que, a pesar de que el estudio teórico de la globalización ha pasado en la actualidad a un segundo plano, siendo este un tema "consolidado" dentro de la sociología, aún quedan muchas cuestiones abiertas y por resolver en los modelos teóricos que se han planteado: “[...] parece que el consenso en torno a determinadas cuestiones tiene más que ver con un uso pragmático de los conceptos que con auténticas resoluciones de los dilemas teóricos”.

Según los autores/as, las causas de por qué la sociología no ha sido capaz de elaborar una teoría global, son consecuencia del estado en que la disciplina sociológica se encuentra a finales del siglo XX y XXI. Señalan tres factores importantes que han dado lugar a ello: 1. El estado de desconexión respecto a la investigación empírica. 2. La reflexividad y ensimismamiento en buena medida como consecuencia del giro postmoderno. 3. La fragmentación y la logomanía que atraviesa la disciplina.

En consecuencia, y en términos generales, se dispone de una mayor producción empírica que teórica sobre el fenómeno de la globalización: “[...] así como la sociología fue incapaz de predecir la caída del muro de Berlín tampoco ha sido capaz de teorizar de forma rigurosa y sistemática sobre el fenómeno de la globalización” (Noya & Rodríguez, 2010, p.131). De tal modo que, no han faltado investigaciones empíricas como ejemplifican las numerosas investigaciones realizadas sobre los flujos migratorios transnacionales. No obstante, a pesar de esta falta de teoría, son muchas las aportaciones que la disciplina sociológica ha realizado al estudio de la globalización, y por tanto inabarcables para el objetivo de este trabajo de investigación. De tal modo que, en este apartado tan solo se expone una síntesis de aquellas aportaciones teóricas de autores/as que constituyen herramientas analíticas pertinentes y relevantes para la

construcción contextual de nuestro objeto de estudio.

En primer lugar, se exponen algunos de los análisis realizados de Giddens (1999) en su ensayo *Consecuencias de la modernidad* pues, entre otras cuestiones teóricas, permite ubicar la globalización en la dimensión temporal. Giddens discrepa de aquellos/as autores/as que señalan que el proceso de globalización supone una manifestación clara de estar frente a una nueva época histórica. Discrepa de todas las interpretaciones que atribuyen a las transformaciones y cambios sociales que acontecen a finales del siglo XX el estar frente a una nueva era, denominada bajo diversas etiquetas como «postmodernidad»; «postcapitalista»; «postindustrial» o «la era de la información», etc. Afirma, por tanto, que: “[...] no hemos ido más allá de la modernidad sino que precisamente estamos viviendo la fase de su radicalización” (Giddens, 1999, p.57). De modo que, la «mundialización»⁶ vendría a ser una consecuencia de la radicalización de la «modernidad», y por ello hace hincapié en la pertinencia de tener en cuenta en los análisis y en las reflexiones sobre la globalización la propia naturaleza de la modernidad. Una naturaleza que, según el autor, lleva intrínseca su dinamismo social y carácter global.

Giddens (1999, p.15) define la «modernidad» como: “Los modos de vidas u organización social que surgieron en Europa desde alrededor del siglo XVII en adelante y cuya influencia, posteriormente, los han convertido en más o menos mundiales”. A pesar de que sitúa los orígenes de la modernidad en Occidente, señala que su radicalización ha conllevado a la propia erosión de la hegemonía europea y occidental debido a la expansión creciente de las instituciones modernas. De tal modo que dicha expansión es percibida como parte de la globalización, de la mundialización. De ahí que una de las características que señale de la globalización sea su carácter global (Giddens, 1999).

Asimismo, otra de las principales características que señala de la naturaleza de la modernidad es su dinamismo social (Giddens, 1999). Gran parte de la razón de ser de esta característica es expuesta en la interpretación teórica que elabora sobre el *desarrollo social* en la historia a través del concepto de «discontinuidad»⁷. Por tanto, dicho dinamismo social se debe también a las transformaciones que se producen entre el tiempo y el espacio en la modernidad. A este respecto, si bien en las sociedades premodernas el tiempo estaba conectado con el espacio, y en concreto con el lugar, con la modernidad se construye una dimensión uniforme del tiempo “vacío” estableciéndose la base para el vaciado espacial⁸

6 A pesar de que muchos autores/as, tal y como es el caso del intelectual Carlos Abascal Carranza (2002), diferencian conceptualmente el término globalización y el término mundialización, pues son procesos de similar estructura pero aplicados a campos categoriales diferentes, Giddens emplea dicho término indistintamente.

7 Las instituciones sociales modernas son en algunos aspectos únicos y distintos en su forma a todo los tipos de instituciones tradicionales. Y, en este sentido, las instituciones modernas son discontinuas a las tradicionales (Giddens, 1999).

8 El desarrollo del espacio vacío consiste en la separación entre el «espacio» y el «local». Define el «lugar» a partir de la noción de «local»: asentamientos físicos de la actividad social ubicada geográficamente (Giddens, 1999, p.29). Y en este sentido, señala que esta separación no debe verse como un desarrollo unilineal en el que no se presentan cambios de dirección, todo lo contrario, también tiene rasgos dialécticos que provoca características contrapuestas (Giddens, 1999).

(Giddens, 1999). Y, en consecuencia, se produce una “regionalización” de la vida social, un reflexivo ordenamiento y reordenamiento de las relaciones sociales. Unas complejas relaciones sociales que en la modernidad, a diferencia de las sociedades pre-modernas donde las dimensiones de la vida social están dominadas por la presencia y por las actividades localizadas, se dan entre ausentes localizados a cualquier distancia (Giddens, 1999). De tal modo que, los aspectos locales son penetrados en profundidad y configurados por influencias sociales que se generan a gran distancia.

Giddens (1999, p.32) hace hincapié en la importancia que tiene la separación entre el espacio y tiempo en el dinamismo social porque, entre otras razones, constituye una primera condición para el «desanclaje», siendo este concepto definido como “[...] el despegar de las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción y reestructurarse en indefinidos intervalos espacios-temporales”. Partiendo de este proceso de separación e interacción a través de la distancia, acota el concepto de «mundialización» (Giddens, 1999, p.67) como: “El proceso de alargamiento en lo concerniente a los métodos de conexión entre diferentes contextos sociales o regiones que se convierten en una red a lo largo de toda la superficie de la tierra”. Por tanto, es la intensificación de las relaciones sociales en todo el mundo por las que se enlazan lugares lejanos del tal manera que los acontecimientos locales están configurados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia (Giddens, 1999). Al igual que en la modernidad, el autor establece una serie de dimensiones de la mundialización: 1. Economía capitalista mundial. 2. Sistema de estado nacional. 3. Orden militar mundial. 4. División internacional del trabajo.

Ahora bien, tal como señala Giddens (2000, p.35): “Es un error pensar que la globalización solo concierne a los grandes sistemas, como el orden financiero mundial. La globalización no tiene que ver solo con lo que hay “ahí afuera”, remoto y lejano del individuo; también es un fenómeno de “aquí dentro”, que influye en los aspectos íntimos y personales de nuestras vidas”. Por tanto, a este respecto, en relación al objeto de estudio del presente trabajo de investigación, cabe reflexionar sobre ¿en qué medida la salud, y en concreto el VIH, están siendo afectados por la globalización?; ¿hasta qué punto las manifestaciones de la globalización se manifiestan en la cotidianidad de la salud de las personas?

Asimismo, son también especialmente explicativos y pertinentes para la construcción contextual del objeto de estudio de este trabajo, los análisis realizados por el sociólogo alemán Beck (1998) –otro de los grandes teóricos sobre la globalización–, respecto a los cambios que se desencadenan en esta “segunda modernidad”. En primer lugar, el autor parte de que la globalización –junto con la institucionalización de la individualización, el subempleo laboral, la teoría del riesgo, la revolución de los géneros–, representa uno de los factores causales de esta “segunda modernidad”. El globalismo –definido en el anterior apartado–, constituye un concepto clave en su pensamiento teórico para comprender gran parte de los cambios de las sociedades en la contemporaneidad. A partir de dicho concepto, establece la importancia de

la globalidad, concepto que también es muy explicativo de nuestro objeto de estudio, en la medida en que el VIH, al igual que las catástrofes, las guerras, el hambre, entre otros sucesos, en un contexto de *sociedad mundial*, donde nada de cuanto ocurra en un lugar geográfico del planeta es un suceso localmente delimitado y aislado, donde ya no hay países en el mundo ni grupos sociales que puedan vivir al margen de los demás, va a estar vertebrada bajo el eje local-global, teniendo por tanto raíces y consecuencias mundiales.

La globalidad, para el autor revierte irreversiblemente en un proceso que conlleva las siguientes transformaciones (Beck, 1998): 1. Ensanchamiento del campo geográfico, creciente intercambio internacional, carácter global de los mercados financieros y poder creciente de las multinacionales. 2. Revolución de las tecnologías de la información y comunicación. 3. La necesidad de respetar los derechos humanos. 4. Creciente industria global de la cultura. 5. Existencia de una política mundial postinternacional y policéntrica donde los gobiernos no son los principales actores, pues hay actores transnacionales con influencia y poder como son las organizaciones internacionales. 6. La pobreza mundial. 7. Los daños y atentados ecológicos globales. 8. Los conflictos transculturales.

En definitiva, la globalidad constituye un elemento diferenciador entre la “primera” y la “segunda” modernidad. Cuestión que el autor señala como muy importante, y a tener en cuenta, en el diseño y articulación de las políticas públicas en las sociedades contemporáneas. Ya que si estas son articuladas en claves de la “primera modernidad” resultarán ser inservibles y contradictorias para las sociedades contemporáneas dado que no contemplan la dimensión “local-global”.

Partiendo de este concepto de globalidad Beck (1998, p.30) describe la globalización como: “[...] un proceso que crea vínculos y espacios sociales transnacionales, revaloriza las culturas locales y trae a un primer plano terceras culturas”. Ahora bien, frente aquellas posiciones que postulan que nada hay de nuevo en este proceso, Beck (1998, p.32) señala que su singularidad consiste en el establecimiento de redes recíprocas de relaciones regionales-globales que modifican un amplio espectro de la realidad social: “[...] los espacios sociales, los aspectos culturales, la economía y la vida política como la vida social cotidiana”. En este sentido, el dinero, las tecnologías, las mercancías, las informaciones e intoxicaciones o inclusive cosas no deseadas como las personas, el crimen, drogas, emigración ilegal –o como es el caso del VIH–, traspasan las fronteras como si no existieran. De modo que, y en consecuencia, la globalización vendría a significar la muerte del aparcamiento frente al surgimiento de formas de vidas transnacionales en una sociedad global sin presencia de un Estado mundial ni gobierno mundial (Beck, 1998).

En concreto, el autor establece cinco dimensiones de la globalización: la *globalización ecológica*, la *globalización económica*, la *globalización de la cooperación del trabajo* respecto a la producción, la *globalización cultural*, la *globalización informativa*. Y, en definitiva, señala que la singularidad del proceso de globalización radica en la ramificación, densidad y estabilidad de sus recíprocas redes de

relaciones regionales-globales, empíricamente comprobables, y de su autodefinición de los medios de comunicación así como los espacios sociales y de las ciudades corrientes icónicas en los planos cultural, político, económico y militar. Ante tales premisas, y en relación a los objetivos de análisis planteados en la tesis, cabe preguntarse y reflexionar sobre las siguientes cuestiones: ¿en qué medida la globalidad y la globalización son procesos que afectan a la salud y al VIH?; ¿en una *sociedad mundial* es también la salud global?; ¿podemos hablar de globalización de la salud y del VIH?; ¿hasta qué punto las políticas diseñadas en salud, y en concreto para eliminar la pandemia/epidemia de VIH, tienen en cuenta este eje vertebrador local-mundial. Cuestiones que irán analizándose a lo largo de este capítulo.

En segundo lugar, se expone la «teoría de la sociedad de riesgo» de Beck (2006), a través de la cual el autor analiza otro de los cambios sociales fundamentales de la época contemporánea. Esta teoría, tal y como se analizará en el tercer apartado de este capítulo, es muy pertinente para el análisis de la globalización y los riesgos para la salud. Ahora bien, aunque dicha teoría principalmente se centra en el análisis de los riesgos ecológicos –o en un segundo lugar en los riesgos económicos y financieros –, la definición teórica que ofrece del «riesgo» es aplicable, en buena parte, al análisis de los peligros y amenazas que hoy se presentan para la salud, ya sea a nivel individual, poblacional o en la salud global.

En la «teoría de la sociedad del riesgo» la cuestión central del riesgo queda intrínsecamente relacionada con la «modernidad reflexiva»⁹, en la medida en que ello va a constituir un resultado de las consecuencias imprevistas de la modernización. Y, en este sentido, el riesgo en la sociedad actual es cualitativamente diferente a como este era definido en la primera modernidad. Esta diferencia estriba, por un lado, en que si bien en el enfoque moderno el riesgo se basa en unas normas fijas de cálculo, es decir en la previsión y en el control de las consecuencias futuras de la acción humana, en el nuevo orden social precisamente se invalidan todas estas normas en la medida en que se rompe con toda la autosuficiencia y autorreferencialidad que define el riesgo en la primera modernidad (Beck, 2006). De tal modo que, en la sociedad del riesgo, es muy difícil predecir cómo se sucederán en cada país los nuevos riesgos sociales y políticos. En segundo lugar, dicha diferencia también se debe a que en la contemporaneidad el riesgo ahora combina aspectos que eran excluyentes en el pasado: la naturaleza y la sociedad (Beck, 2006). Y, en consecuencia, se produce una simultaneidad entre la inmaterialidad de las definiciones de riesgo y la materialidad del riesgo, en tanto que estos son fabricados por experto/as e industria en todo el mundo (Beck, 2006). De tal modo que, los peligros y las amenazas de las sociedades contemporáneas son, en palabras de autor: “incertidumbres fabricadas”, lo cual obliga a pensar en dos racionalidades diferentes “certidumbres contradictorias” (Schwarz & Thompson, 1990, citado por Beck, 2006, p.6).

9 Por «modernidad reflexiva» se refiere a las consecuencias imprevistas de la victoria de la primera modernización, simple, lineal e industrial basada en el Estado nacional: “la modernidad radicalizada socava los fundamentos de la primera modernidad y transforma su marco de referencia, frecuentemente de un modo que ni se deseaba ni se preveía” (Beck, 2006, p.2).

Por tanto, el riesgo va a ser definido por el autor desde una perspectiva constructivista, en la medida en que este representa constructos sociales que van a ser elaborados u ocultados, e inclusive dramatizados en la esfera pública con el sustento de material científico suministrado para tal efecto. De tal modo que, la dimensión política y subpolítica de los riesgos se hacen extremadamente importantes en esta segunda modernidad (Beck, 2006).

Según Beck (2006), el riesgo está intrínsecamente relacionado con la responsabilidad, como también lo está con la confianza y la seguridad. Ante ello el autor plantea la siguiente cuestión: ¿a quién puede atribuírsele la responsabilidad?, en un contexto de “irresponsabilidad organizada”. Y, a este respecto, señala que se produce una controlabilidad limitada del riesgo, distinguiendo entre “riesgo”, que depende de decisiones que en principio pueden ser controladas, y “peligro” que serían aquellos que han escapado o neutralizado los requisitos de control de la sociedad industrial (Beck, 2006, p.49). Por tanto, en sus últimas consecuencias la sociedad de riesgo quiere decir sociedad del riesgo global, pues en su principio axial sus retos son los peligros producidos por la civilización.

Ahora bien, según el autor, dichos peligros podrán delimitarse socialmente pero no espacialmente ni en el tiempo (Beck, 2006). En relación a ello, establece tres tipos de amenazas que pueden hallarse en la sociedad de riesgo global y, aunque dichas amenazas están basadas en sus análisis sobre el medio ambiente, son aplicables al campo de la salud, y específicamente al caso del VIH dado que representa un claro ejemplo de amenaza global para la salud. En primer lugar, señala el derivado de los “males” como es el caso de la destrucción ecológica o de los peligros tecnológicos industriales motivados por la riqueza tales como los riesgos impredecibles que implica la manipulación de genética de plantas y humanos. Por contraposición, en segundo lugar estarían aquellos que están relacionados con la pobreza, con la desigualdad. En este sentido afirma que “[...] existe una estrecha vinculación entre destrucción medioambiental y pobreza” (Beck, 2006, p.54). Y, por último, señala las amenazas procedentes de las armas de destrucción masiva.

De tal modo que la globalidad del riesgo no significa una igualdad global del riesgo, pues en el caso de los peligros medioambientales: “la contaminación sigue al pobre” (Beck, 2006, p.8). Regla que, aplicada al campo de la salud internacional y del VIH, cabe preguntarse: ¿los peligros y amenazas para la salud, y en concreto en la epidemia del VIH, siguen a los más vulnerables? Cuestión que será analizada en el apartado último de este capítulo.

A partir de las amenazas globales, el autor desarrolla el concepto de «subpolítica»¹⁰, señalando que dichas amenazas darán lugar a una toma de conciencia a dos niveles: un primer *nivel desde arriba*, como son los tratados y organizaciones internacionales, y otro *nivel desde abajo* a través de nuevos actores

¹⁰ Se refiere a la política al margen y más allá de las instituciones representativas de los sistemas políticos de los Estados-nación (Beck, 2006, p.61).

internacionales que operan al margen del sistema político internacional. Esta toma de conciencia, también se produce en el campo de la salud, y en concreto en el caso del VIH como bien lo ejemplifican los Objetivos de Desarrollo del Milenio (en adelante ODM), o la creación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida (en adelante ONUSIDA) de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) o las denuncias del movimiento antiglobalización ante la pandemia.

En esta autocomprensión de la sociedad del riesgo global, las sociedades se hacen reflexivas en tres sentidos. En primer lugar, la cuestión del riesgo se convierte en un problema por sí misma, en la medida en que los peligros globales establecen reciprocidades mundiales y los contornos de una esfera pública global empiezan a cobrar forma. En segundo lugar, la globalidad percibida de una civilización que se pone en peligro a sí misma desencadena un impulso hacia el desarrollo de instituciones internacionales cooperativas. Y, por último, los límites de los políticos empiezan a eliminarse y aparecen la constelación de la subpolítica que es de forma simultánea global y directa (Beck, 2006).

Según Beck (2006), en la era global la cuestión del riesgo une ámbitos de la nueva política transnacional con la democracia cosmopolita, con conflictos transculturales, con los alimentos, con las *comunidades de riesgos emergentes*. Y también, como se expone más adelante, en materia de salud.

Y, por último, se señala una tercera herramienta analítica, el concepto de «transnacionalismo», pues es pertinente para la contextualización de nuestro objeto de estudio. Dicho concepto constituye uno de los aspectos más analizados en el ámbito de la globalización. En su uso más genérico y habitual, dicho término se emplea para referir “la pérdida de protagonismo y relevancia del Estado como agente o como marco para la definición de las relaciones sociales significativas” (Noya & Rodríguez, 2010, p.104). No obstante, a pesar de que existen diferentes perspectivas teóricas al respecto, en la construcción del marco teórico de este trabajo, se adopta el modelo que expone Albrow (1996) basado en un modelo de análisis multicausal que considera la desintegración del sistema político no como un resultado de la globalización sino como un fenómeno en sí que la define. En este sentido, se apunta hacia el hecho de que no solo es el mercado o las corporaciones transnacionales las que dan lugar a dicha desintegración del Estado nacional sino que también hay que tener en cuenta factores culturales, científicos y sociales (Noya & Rodríguez, 2010). De tal modo que actualmente, en el contexto de las políticas nacionales, como es el caso de las políticas de salud, y en consecuencia los planes estratégicos nacionales del VIH, la toma de decisiones ante determinadas cuestiones se convierten en transnacionales, como puede ser la regulación de los alimentos, o las enfermedades transnacionales como la gripe A, al no depender exclusivamente de la soberanía nacional debido a que entran en juego la influencia de otros actores internacionales. Por ejemplo, en el caso de la pandemia del VIH se pone de manifiesto que esta se ha convertido en un riesgo global, constituyendo no solo una enfermedad transnacionales sino un problema transnacional para las políticas de salud pública. En esta misma línea de análisis, Beck (1998) mediante «teoría del contenedor» analiza cómo, en la segunda

modernidad, el Estado nacional se ve cuestionado y zarandeado con la aparición de espacios sociales transfronterizos. Frente a ello, se pregunta el autor: ¿qué unidades de análisis pueden sustituir la axiomática nacional-estatal? (Beck, 1998). En relación a ello, autores como Rosenau (1990) señalan la existencia de dos mundos en la política mundial pues paradójicamente no existe una sola sociedad global, sino por lo menos dos en recíproca competencia; una es la sociedad de los Estados y la otra es de las múltiples organizaciones transnacionales, actores, grupos e individuos varios que tejen y destejen un vasto entramado de relaciones sociales. De tal modo que, la sociedad mundial sin Estado mundial, significa una sociedad no organizada políticamente, en la que surgen nuevas oportunidades de acción y de poder de actores transnacionales no legitimados democráticamente. Por tanto, se abre un nuevo espacio de lo moral y de lo subpolítico llamado sociedad postnacional y transnacional (Noya & Rodríguez, 2010). Hecho que da cabida y nos remite al surgimiento de instituciones globales, tal y como señala la socióloga Sassen (2007), y como bien materializa la Organización Mundial de Comercio (en adelante OMC), el Banco Mundial (en adelante BM), el Fondo Monetario Internacional (en adelante FMI), y concretamente en el campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS).

1.1.2. GLOBALIZACIÓN Y SALUD: LA SALUD GLOBAL

Mientras la globalización aumenta el riesgo de que las enfermedades infecciosas viajen desde el Sur hacia el Norte, ésta también ha incrementado el peligro de que factores de riesgo mayores para enfermedades no transmisibles se desplacen del Norte hacia el Sur (Eeva Ollila, 2005)

Margaret Chan, ya por entonces directora general de la OMS, en una de sus intervenciones ante la Asamblea General de la ONU en el 2008 proclama en un discurso –alegando a la evidencia científica del informe recientemente publicado *La salud en el mundo*–, la relación existente entre la globalización y la salud mundial. En dicho discurso advierte sobre las consecuencias que la globalización, y sus crisis, bien sean económicas, financieras o ecológicas tienen para la «salud»¹¹. De tal modo que, el cambio climático, y por ende el calentamiento global con las sucesivas inundaciones, olas de calor y sequías, tienen efectos

11 El constructo «salud» fue definido en el Preámbulo de la Constitución de la OMS en 1946 como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». A pesar haber recibido muchas críticas, tal y como refleja la publicación reciente del artículo *How should we define health?* en la prestigiosa revista británica BMJ (Huber, Knottnerus & Green, 2011), dicha definición no ha sido modificada hasta la fecha. La mayor parte de las críticas a esta definición, se centra en las consecuencias que conlleva la inclusión del vocablo “completo” en la definición, pues ello da lugar a una visión absolutista del bienestar y, por tanto, contribuye de manera involuntaria a la medicalización de la sociedad. Otra de las críticas se basa en el cambio de patrones que se ha producido en la enfermedad, como es la aparición de enfermedades crónicas, desde que se elaboró la definición. Asimismo, ha sido también cuestionada la imposibilidad de operacionalización de dicho concepto.

terribles para la salud de los países, y en concreto para los países en vías de desarrollo como bien ha mostrado el aumento de la malnutrición y de las enfermedades en la población producidos como consecuencia de estos cambios climáticos.

En líneas generales, la relación que se establece entre globalización y la salud no es buena. En este sentido, son muchos los análisis que advierten que la *globalización económica*, con sus sucesivos planes de ajustes estructurales, ha generado una menor accesibilidad y calidad de la atención sanitaria en los servicios sanitarios, dando lugar a una vulneración de la salud de la población; pues la accesibilidad a los servicios sanitarios constituye uno de los determinantes sociales más influyentes en la salud de las personas. Asimismo, dicha relación se ve reflejada en la transmisión internacional de enfermedades contagiosas como resultado de los movimientos de personas, bien sea por un proyecto turístico o por un proyecto migratorio; por ejemplo, en el transporte internacional de bacterias, virus, etc., como consecuencia de la revolución producida en las nuevas comunicaciones; en el incremento del consumo de drogas como consecuencia del comercio ilegal internacional así como la globalización de estilos de vida cosmopolitan han dado lugar a hábitos no muy saludables; o como es el hecho trágico de la muerte de 6,6 millones de niños/as menores de 5 años como consecuencia de la malnutrición y la pobreza en el año 2012 (UNICEF, 2013), en un mundo que no solo tiene comida en abundancia para alimentar dos veces a la población mundial sino que además derrocha los alimentos (Navarro, 2010).

No obstante, hay que mencionar que también ofrece oportunidades y mejoras para la salud mundial. En esta línea de pensamiento, algunos/as autores/as defienden que la globalización induce, en líneas generales, a una mejora en la salud de las poblaciones en la medida en que produce un mayor crecimiento económico, lo cual redundaría en una mejora de las condiciones sanitarias, como muestran los logros alcanzados en los indicadores de estado nutricional en la infancia o la mortalidad en lactantes. De tal modo que, entre las oportunidades y avances que la globalización ofrece se señalan: mayores oportunidades en la elección de la asistencia sanitaria, en la medida en que pacientes que en sus países no disponen de una respuesta asistencial a su problema de salud pueden explorar la oferta internacional de atención a la salud y optar por aquella que les resulte más conveniente. En relación a esto último, cabe mencionar el fenómeno acontecido en la última década del “turismo sanitario”¹², basado en la movilidad de pacientes que viajan a países menos desarrollados que sus países de origen con el objetivo de obtener prestaciones sanitarias menos costosas económicamente (Bernal, 2007). De ahí la conocida expresión “sol, playa y cirugía”. Otra mejora consistiría en el aumento de la ayuda externa a los países desarrollados, como reflejan los ODM en el caso de la malaria, tuberculosis, VIH; como bien ha quedado reflejado en la contención de la expansión del sida en muchos países por la implementación de programas preventivos

¹² Por ejemplo, la ciudadanía del Reino Unido viaja a España, Turquía, Europa oriental e India para aprovechar servicios médicos odontológicos que pueden ser hasta 50% más baratos que en su país de origen.

(Stiglitz, 2010); asimismo las nuevas tecnologías de la información y comunicación permiten a profesionales sanitarios de cualquier parte del mundo acceder a la evidencia científica y mejorar sus decisiones clínicas (Toribio, 2003); mejoras en la nutrición en países en vías de desarrollo debido a la importación de productos alimenticios. Por ejemplo, la introducción de la leche láctea en Jamaica en 1992 llevó a que muchos niños/as pobres pudieran consumir leche más barata (Stiglitz, 2010).

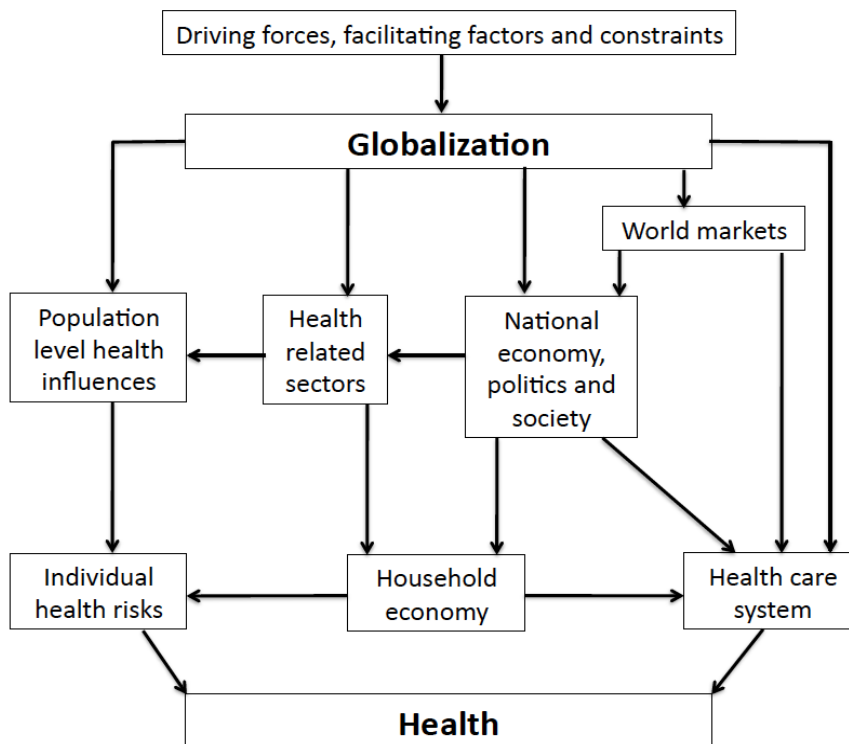
En la actualidad se evidencia que son muchos los aspectos de la salud que se han visto imbricados por el proceso de globalización. Así, fenómenos sociales como el *turismo sanitario*, las migraciones de los profesionales de la salud hacia países desarrollados, la existencia de riesgos globales, el resurgimiento de enfermedades que habían desaparecido como la tuberculosis, ébola o la existencia de enfermedades transnacionales como la gripe A, encuentran gran parte de su explicación en dicho proceso. No obstante, a pesar de la extensa bibliografía que se ha generado sobre la globalización la producción científica producida respecto a la relación entre globalización y salud es, en términos generales, comparativamente escasa. Hasta la fecha no existe una teoría general que analice y explique las transformaciones que se han producido en el ámbito de la salud como consecuencia de la globalización. Comparativamente, tampoco a nivel empírico, tal y como ha sucedido en el campo de las migraciones, se dispone de muchos datos o de estudios en series, y aún menos longitudinales, que describan dichas transformaciones.

Sin embargo, a pesar de la escasa producción científica en este campo, y a pesar de que cada vez es más abundante la literatura en esta área, aún no se ha alcanzado consenso ni sobre las vías ni sobre los mecanismos por los que la globalización afecta a la salud de las poblaciones ni sobre qué tipo de respuestas de políticas son más apropiadas (García & Alcántara, 2008). Ello va a tener repercusiones tanto para el ámbito teórico, principalmente para la academia, como en el ámbito institucional (Woodward, Drager, Beaglehole & Lipson, 2001). Ahora bien, a este respecto, una de las propuestas más completa y más empleada en el campo de la salud pública ha sido elaborada por Woodward et al., y publicada por la OMS en el 2001. Estos/as autores/as con el objetivo de superar el disenso existente y permitir un modelo operacional útil, de cara a ser utilizado en el diseño y formulación de políticas sanitarias, proponen un marco explícito de análisis fundamentado en un modelo bidireccional entre la globalización económica y la salud (véase Figura 1).

A nivel macro, una de las cuestiones más analizadas y discutidas ha sido el efecto que la *globalización económica*, y por consiguiente las políticas neoliberales tienen en los sistemas sanitarios, en la salud individual y colectiva. Según Navarro (2010), un primer punto de partida a tener en cuenta en dicho análisis es la concentración del poder económico, político y social que se produce en el mundo actual, es decir los *establishments* del Norte y especialmente los de EE.UU., pues tienen una enorme influencia en modelar la cultura, discursos, prácticas y políticas del mundo, incluyendo las agencias internacionales como el FMI, el BM, la OMC, la Organización Panamericana de la Salud (en adelante

OPS). De tal modo que, las ideologías dominantes de estos círculos de poder se reproducen en los documentos tecnócratas de la OMS, o en revistas prestigiosas médicas de EE.UU. como bien ha reflejado el *Informe Sistema de la Salud: Mejorando el Funcionamiento* publicado por la OMS en el 2000 (Navarro, 2010). Dicho informe refleja la ideología neoliberal estadounidense respecto a la privatización de los sistemas sanitarios y legitima la puesta en marcha de las políticas de ajustes. Según Navarro (2000, p.17), esta visión se ha hecho dominante en los *establishment* médicos y sanitarios, introduciéndose por tanto la lógica del mercado y los beneficios en la medicina, lo cual ha dado lugar a: “[...] ver los sistemas de salud pasados de moda”. De ahí la sustitución del vocablo “paciente” por “cliente”, de “planificación sanitaria” por “mercados sanitarios”, etc.

Figura 1. Factor of globalization



Fuente: Woodward et al. (2001)

En segundo lugar, también consecuencia de este modelo de influencia, se produce una reducción del gasto social público como parte de los programas estructurales de ajuste. Dichos programas, con sus políticas de austeridad social, han sido implementados en muchos sistemas de atención sanitaria, sobre todo en países en desarrollo aunque recientemente también han sido llevados a cabo en Alemania, Italia y

Francia. Asimismo, otra consecuencia de esta influencia norteamericana, son las políticas defendidas por la OMC que llevan a muchos países con sistemas nacionales de salud a dismantlar los servicios sanitarios públicos por compañías de seguros médicos privados o corporaciones financieras sanitarias. En ambos casos, Navarro señala (2010, p.45), el apoyo de la OMS a estas políticas a través de colaboraciones con otras agencias internacionales debido a que: “se ha sumergido en un tipo de entorno cultural e ideológico en el cual la privatización, la desregularización y la marketización son recomendaciones frecuentes”. A este respecto, Ipinza (2003) alerta sobre el peligro de la introducción de “*atención gestionada*” propia de sistemas privados de aseguramiento frente a la “*atención planificada*” de los sistemas públicos. Dicho modelo surge en EE.UU. en la década de los noventa y ha ido extendiéndose por todo el mundo conllevando una transformación del modelo clásico de gestión de las aseguradoras privadas; pues si estas antes tenían un rol de intermediario financiero entre afiliados del seguro y proveedores de servicios de salud ahora asumen la gestión directa de los cuidados de salud utilizando todos los instrumentos de un sistema de mercado (Ipinza, 2003). Según Ipinza (2003) la “*competencia gestionada*” o “*atención gestionada*” se expresa en dos niveles: 1. Competencia de vender planes de salud de acuerdo a precios y paquetes atractivos para los afiliados. 2. Competencia entre los proveedores de servicio de salud por otorgar planes de salud con el mayor costo-efectividad. Y en este sentido concluye que la “salud gestionada” es una clara expresión de la globalización, en su forma más característica como lo es la globalización financiera; su exportación como modelo de financiamiento y de provisión de servicios de salud obedece al propósito último de expandir el mercado de salud y hacerlo más lucrativo (Ipinza, 2003). De ahí que “es imperativo que defendamos el reemplazo de estas propuestas de reforma por otras que busquen implementar sistemas públicos equitativos y solidarios de salud, en los cuales se tome en cuenta la salud de la población y no los negocios con la enfermedad” (Marchiori, 2006, p.283). Ahora bien, el resultado final de todo ello ha sido un incremento en la inequidad.

Y, por último, un tercer aspecto cuestionado por Navarro (2010) es la perspectiva adoptada e impuesta por el *establishment* en el tratamiento de las enfermedades: “las intervenciones categóricas de la enfermedad”, donde tienen poca cabida los programas de promoción y prevención de la enfermedad. Principalmente consisten en una aproximación de la enfermedad por enfermedad, lo cual da lugar a debilitar la infraestructura de los servicios sanitarios públicos. La presión de las agencias financiadoras para resolver los problemas de salud específicos es tan fuerte que da lugar a que la mayoría de los gobiernos acepten los programas a pesar de tener devastadores efectos en los sistemas sanitarios de los países. Por tanto, ello pone de manifiesto que las prioridades y preocupaciones en la salud de los países capitalistas se establecen en los países en vías de desarrollo ignorando problemas importantes como la hambruna (Navarro, 2010).

Otra manifestación de la *globalización económica* en el ámbito de la salud se deriva de los *Trade*

Related Aspects on Intellectual Property Rights surgidos en 1986 en la Ronda de Uruguay. En dichas rondas, que culminaron con la firma del acuerdo que da origen en 1994 a la OMC, se iniciaron una serie de negociaciones en materia de política comercial, en concreto sobre el comercio de servicios y bienes y sobre los derechos de propiedad intelectual. En la actualidad, dado que los países han de regirse por las normas que regulan el comercio de bienes y servicios así como por los acuerdos respecto a los derechos de propiedad intelectual que se adoptaron, dichos acuerdos tienen un impacto en el comercio internacional de productos, insumos y servicios de salud, y sobre todo en la industria farmacológica. En cuanto a la propiedad intelectual, el objetivo de los *Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* estuvo orientado al fortalecimiento y unificación de los derechos de propiedad intelectual a nivel global, bien sea en propiedad industrial como las patentes y marcas comerciales como propiedad artística y literaria. Las obligaciones derivadas de los acuerdos de los *Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* son las siguientes:

- La adjudicación de patentes para cualquier invención, ya sea de producto o de proceso en todos los campos de la tecnología durante veinte 20 años.
- Se establecen los mecanismos para el uso de las patentes sin la autorización de los propietarios de las mismas.

En la disputa sobre los contratos de violación en el uso de las patentes el suministro de pruebas de descargo corre por cuenta del demandado. Una de las consecuencias derivadas de la adjudicación de patentes durante veinte años, pues se proporciona una renta monopólica a sus propietarios y hasta transcurrido este periodo no podrán aparecer productos sustitutos, es el hecho de que permite establecer precios elevados durante todo el periodo de vigencia. Este hecho, aplicado al campo de las industrias farmacéuticas, tiene efectos desastrosos en los países en vías de desarrollo debido a que el alto precio de los medicamentos constituye uno de los principales motivos de falta de accesibilidad a los mismos. Ante dicha situación Joan Rovira (2009, p.205), economista del BM expresa:

“Además de la inaccesibilidad que supone la patente, una gran parte de la población mundial no tiene acceso ni siquiera a medicamentos antiguos genéricos. El problema es adecuar el problema de la capacidad de paga, sobre todo en países pobres, que ni son capaces de producirlos ni de adquirir ni siquiera medicamentos esenciales. Otro problema es el de la corrupción y el fraude. Los países menos desarrollados disponen de una limitada capacidad de control de los medicamentos, lo que les hace susceptibles a la introducción de fármacos fraudulentos, en el mejor de los casos, total o parcialmente inefectivos, y en otros, potencialmente nocivos. La actitud de los países desarrollados ante ese problema no es siempre un ejemplo de ética: por ejemplo, hay países industrializados que no aplican a los medicamentos para la exportación los mismos criterios de control que exigen para su consumo local”.

Además, dado que el sector farmacéutico está completamente integrado en el mercado global con sus políticas neoliberales correspondientes, dicha industria investiga sobre lo que es rentable y no sobre lo que es socialmente necesario (Girona, 2010). Esto conlleva a que las industrias en este sector se centren en resolver los problemas de salud de los países desarrollados dejando a un lado la investigación de las enfermedades de los países pobres debido a que no les son rentables al no poder pagar el alto precio de los medicamentos. Asimismo, otra de las consecuencias de los *Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* es que propician una mayor concentración del mercado a favor de las empresas que tienen una elevada inversión en investigación y desarrollo (I+D) y gasto en la comercialización. De tal modo que, las industrias que han resultado favorecidas han sido la estadounidense y la europea, siendo estas las que poseen medicamentos de gran valor protegidos por el derecho de propiedad intelectual, no pudiendo competir con ellas el resto de las industrias farmacéuticas del mundo (Girona, 2010). No obstante, hay que destacar el enorme avance realizado por Brasil para la obtención de patentes entregadas por EE.UU.

En el caso de los medicamentos para el VIH, como anteriormente ha sido mencionado, el derecho de propiedad intelectual impidió que los laboratorios de países en vías de desarrollo sacaran al mercado los fármacos a un precio asequible para el ciudadano. Por tanto, miles de personas fueron condenadas a muerte porque los gobiernos y los ciudadanos ya no podían pagar los altos precios del tratamiento del VIH y sida que imponían las multinacionales farmacéuticas. Ante esta clamante situación, la condena internacional fue tan fuerte que los laboratorios retrocedieron abaratando finalmente los precios de los medicamentos en el 2001 (Stiglitz, 2010). A este respecto, cabe mencionar el caso de Brasil que acogiéndose a la cláusula del artículo 31 del acuerdo a los *Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* —en la cual se reconoce la posibilidad de que debido a una situación de emergencia nacional un gobierno puede utilizar un producto todavía bajo patente sin el consentimiento del propietario—, plantea a la OMC, apoyándose en las cláusulas que favorecen las políticas de salud pública y de defensa del derecho a la salud, el derecho como país de tener una licencia obligatoria para poder dar un tratamiento apropiado a las personas con VIH y sida (Girona, 2010).

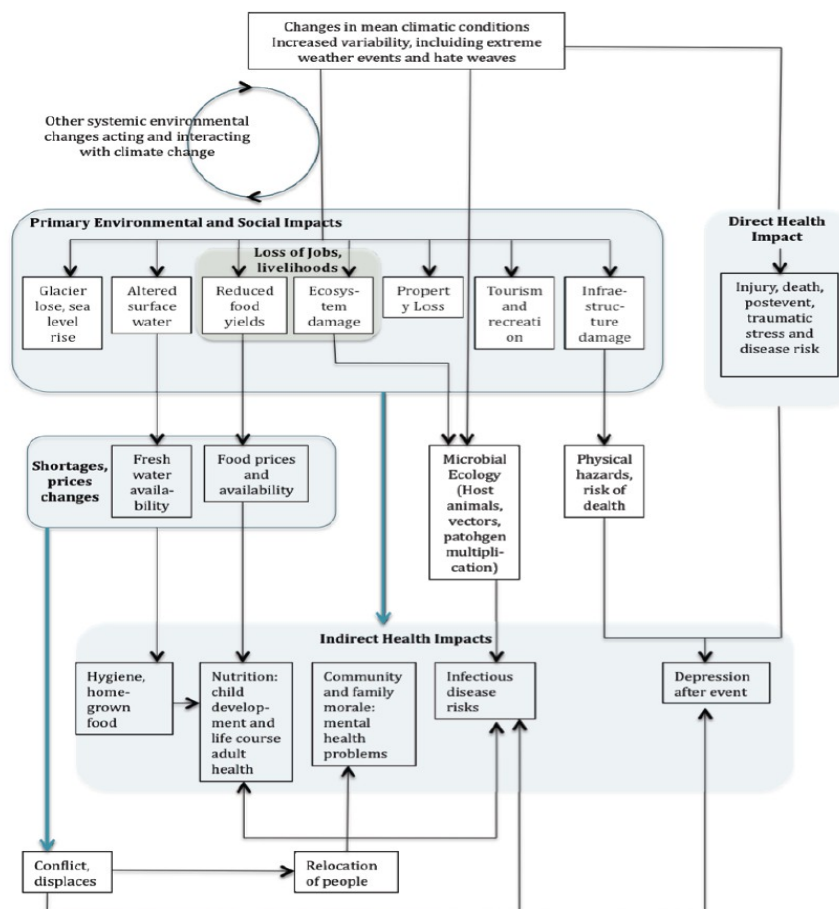
Ahora bien, debido a que la inequidad generada por las multinacionales farmacéuticas constituye una de las desigualdades sociales más agravantes en el mundo, en la actualidad organismos internacionales como la OMS, ONUSIDA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en adelante UNESCO), el BM y organizaciones no gubernamentales, establecen negociaciones con los laboratorios fabricantes y con la OMC para abaratar los precios de los medicamentos y que estos puedan llegar a la población enferma. En esta misma dirección, cabe mencionar la estrategia adoptada por la OMS en la 54 Asamblea Mundial de salud para contribuir a la eliminación de esta desigualdad social, pues para millones de personas los medicamentos son inasequibles y no satisfacen los criterios de inocuidad.

Otro aspecto del comercio internacional que afecta a la salud es resultado de la mercadotecnia llevada a cabo por las empresas transnacionales o multinacionales a nivel global, tanto en países de altos ingresos como en países de bajos ingresos. De tal manera que, en este intercambio de bienes y servicios de consumo masivo en el comercio internacional, ha generado una globalización cultural, un proceso multimodal en el mundo, que imprime a las personas, independientemente del lugar donde residan, formas de consumo y estilos de vida semejantes. En relación a la salud, ello se manifiesta en la extensión de determinados hábitos de consumo gracias al comercio internacional como es la venta de tabaco, alcohol, bebidas, gaseosas, alimentos procesados, etc., que afectan a la salud de la población. Por ejemplo, el tabaquismo representa una de las principales epidemias a nivel global, y su consumo es un factor de riesgo para seis de las ocho causas de defunción en el mundo (OMS, 2013). Actualmente mientras que en los países desarrollados la epidemia está retrocediendo, en los países en desarrollo avanza de manera vertiginosa. De tal forma que el 80% de los casos de defunciones relacionadas por tabaquismo se encuentran en países en desarrollo. Para el año 2025 se estima siete millones de muertes anuales vinculadas al consumo del tabaco, el 85% ocurrirán en los países en desarrollo (Molina, Rivas & Ramírez, 2002). Y por último, cabe señalar que otra de las consecuencias no deseadas del comercio internacional ha sido el tráfico de drogas ilícitas, como cocaína, heroína, marihuana y drogas químicas sintéticas, dado que se ha extendido en casi todas las sociedades con consecuencias nefastas para la salud en aquellas personas que consumen. También el tráfico internacional de drogas se asocia al tráfico de armas, dicha combinación es explosiva, con consecuencias impresionantes, como muestra el Informe Mundial sobre “Violencia y Salud” (OPS, 2002).

Asimismo la *globalización ecológica*, y sus respectivas crisis, tiene también sus consecuencias en la salud. McMichael (2013) elabora un marco general de análisis para explicar la relación entre ambos (véase Figura 2). Señala que a escala mundial principalmente se dan cuatro cambios ambientales y ecológicos con efectos para la salud: 1. La probabilidad cada vez mayor de que las nuevas cepas de virus de la influenza aviar surjan de nuevo, en particular en las aldeas rurales del sudeste de Asia y Este Asia. 2. La disminución de la proteína de los mariscos disponibles debido al calentamiento y su efecto en el océano así como la destrucción de criaderos de peces costeros por el aumento del dióxido de carbono, siendo este muy importante para muchos países de ingresos bajos. 3. Los riesgos para la salud derivados de la privación, el desplazamiento y los conflictos que resultan por la escasez del agua. 4. Ante el crecimiento de la población mundial, se plantea como un importante reto mantener el suministro de alimentos y una nutrición adecuada para la población, dado que se ha producido una reducción de la producción de alimentos como consecuencia de la degradación de la tierra, la escasez del agua, el cambio climático a la vez que un aumento de la demanda de alimentos de origen animal entre las poblaciones de ingresos medios. En relación a esto último, cabe señalar que la agricultura (especialmente la producción ganadera) es la responsable de aproximadamente un cuarto de las emisiones mundiales de gases del efecto

invernadero. Ahora bien, el autor plantea, debido a que cada vez se transforman más la producción de alimentos (por ejemplo, cultivos mixtos y más inclusión de cultivos modificado genéticamente) con las consecuencias que ello tiene para el medio ambiente como puede ser la emisión de metano que producen los rumiantes en la producción de carne roja de metano (vacas, ovejas, cabras), la necesidad de establecer límites a la producción de esta fuente de proteína, aunque hay que tener presente que ello permite asegurar una nutrición segura en la infancia de las poblaciones más pobres que en la actualidad consumen niveles de carnes rojas inferiores (MacMichael, 2013).

Figura 2. Globalization and climate change



Fuente: MacMichael (2013)

Sin embargo, dichos riesgos ambientales con consecuencias en la salud, tal y como señala Beck (2004), no son iguales en todos los países. Las poblaciones que viven en países con ingresos económicos bajos son más vulnerables a la desnutrición, a la diarrea y otras enfermedades infecciosas generadas por

tales riesgos, así como las consecuencias que los desplazamientos tienen para la salud. Asimismo, cabe señalar que también los países menos desarrollados sufren mayor vulnerabilidad frente a los riesgos ambientales, pues dichos riesgos son exportados a estos países donde la legislación ambiental es más laxa. Por ejemplo, las industrias sucias, con productos peligrosos o residuos tóxicos, son llevadas a los países en desarrollo.

También cabe mencionar la clasificación que establece Vargas (2001) respecto a los nuevos riesgos ambientales/ecológicos por la relación directa que establece con la salud, y concretamente con enfermedades específicas: la contaminación del aire externo (partículas de suspensión, óxido de nitrógeno, etc.) incrementan las enfermedades respiratorias; el aumento de la exposición a temperaturas elevadas o bajas inciden en las enfermedades cardiovasculares y, por tanto, en un aumento de la mortalidad; la disminución de la capa de ozono y el aumento de la radiación ultravioleta incrementa la probabilidad de desarrollar un cáncer de piel, cataratas y alteraciones en el sistema inmunitario; el incremento de la producción de sustancias químicas y productos peligrosos (corrosivos, dioxinas, etc.) dan lugar a enfermedades toxicológicas o mutagénesis; una mayor exposición a radiaciones ionizantes genera una mayor probabilidad de padecer cáncer, leucemia; la contaminación del agua por agentes químicos (nitratos, plaguicidas y mercurio) o por bacterias u hongos generan enfermedades infecciosas; el cambio climático y las emisiones de gases por el efecto invernadero provocan enfermedades derivadas de las sequías, de las inundaciones, deforestaciones, desertización y huracanes, así como el incremento de enfermedades infecciosas transmitidas por mosquitos, roedores y contaminación de algunos alimentos.

Ahora bien, tantas son las consecuencias que la *globalización ecológica* tiene para la salud que ello ha dado lugar a que uno de los principales problemas que actualmente se enfrentan las políticas de salud pública global sean: los “refugiados ambientales”, es decir personas que han abandonado sus casas y/o sus tierras por causas como huracanes, maremotos, terremotos, sequías prolongadas, deforestación, desertificación y otras formas de desastres naturales (Marchiori, 2006). A este respecto, estas personas que no fallecen en estos desastres presentarán en un futuro a corto plazo una salud más vulnerable, con condiciones sociales y ambientales que favorecerán la aparición de enfermedades. La mayoría de estas catástrofes naturales se atribuyen a las actividades económicas desarrolladas sin control sobre el medio ambiente y la naturaleza. Por otro lado, la revolución en las tecnologías de la información y en la comunicación que se produce en la globalización, sumado a la libre circulación de personas, alimentos y animales derivados de la liberalización del comercio internacional, ha dado lugar a una transnacionalización de las enfermedades. En el caso de enfermedades transmisibles, pueden ser nuevas o reemergentes debido a que determinados microorganismos pueden ser rápidamente transportados a través de personas, animales, insectos y alimentos, de un país al otro y de un punto a otro del planeta (Valero & Tanner, 2008). Por ejemplo, la difusión del síndrome respiratorio agudo severo, la gripe aviar o el virus del

Nilo Occidental a través de aves migratorias, la gripe A, el virus del dengue, o el clásico caso de la difusión del VIH, o el reciente caso del ébola. Esto ha dado lugar a que surjan las epidemias globales que, en términos epidemiológicos, se denominan pandemias. En el caso de la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual, el salubrista Marchiori (2006) señala como uno de los principales factores el turismo sexual desarrollado en las industrias del turismo internacional, pues muchos destinos turísticos son elegidos hoy por las oportunidades que ofrecen para el turismo sexual. Y, en este sentido, muchos países en desarrollo dependen de este comercio sexual y de este turismo sexual. Asimismo, las llamadas enfermedades “antiguas” reemergen, pues aparecen en una región y se diseminan por el mundo, incluso en países donde dichas enfermedades estaban extinguidas, como es ya el clásico caso de la tuberculosis. Así el cólera, la gonorrea, la poliomielitis han aparecido en cerca de 15 países de África y el Oriente Medio, y la fiebre amarilla en países africanos. Y en cuanto a las enfermedades no transmisibles, como pueden ser determinadas enfermedades como el colesterol, la obesidad, el tabaquismo etc., también la globalización de la cultura ha tenido un impacto en la transnacionalización de estas enfermedades.

Por tanto, los medios de comunicación se han convertido en elementos facilitadores de las epidemias pues han maximizado el riesgo de que “un mosquito pueda subirse a un avión en África Central y pocas horas después pueda salir y transmitir la malaria a un vecino en Londres o París” (Briceño, 1999, p.37). Sin embargo, algunos/as autores/as señalan que la existencia de factores globales que inciden en la salud no es una cuestión reciente ni propia del siglo XX, pues al observar retrospectivamente la historia se pone de manifiesto que ya en la Edad Media, como bien refleja el caso de la muerte negra, existía la prevalencia de enfermedades a escala internacional. A este respecto, otros autores/as contra argumentan que, si bien es cierto la afirmación anterior, sí puede catalogarse como novedoso lo que se denomina como el “tráfico microbiano”, es decir, la producción diaria de miles de contactos potencialmente infecciosos, maximizados por el incontrolable flujo de turistas, inmigrantes y/o desplazados (Frenk & Gómez, 2007). Así, Frenk y Gómez (2007, p.123) afirman que: “En un mundo interconectado e interdependiente, las bacterias y los virus se desplazan tan rápidamente como los mensajes por el correo electrónico, lo cual significa que ya no existen santuarios ni refugios sanitarios en los que se esté exento de riesgos de manera absoluta”.

Ahora bien, dicha interconexión e interdependencia respecto a determinados riesgos globales para la salud poblacional ponen de manifiesto la existencia de peligros globales para la población mundial, y por tanto presentan dificultades para el control de las enfermedades por parte de los Estados-nación y de las instituciones modernas. De tal modo que, propio del proceso de globalización política, surgen una variedad de actores en el campo de las políticas públicas en salud, que ya no se circunscriben a los límites de la soberanía nacional, dando lugar a un “desplazamiento del poder” del Estado. A este respecto, el máximo exponente en el ámbito de la salud pública es la creación de la OMS en 1948. Antes de su

constitución, eran pocos los organismos o instituciones que había en materia de salud pública; la Oficina Sanitaria Panamericana que en sus orígenes se dedicó a proporcionar información sobre epidemias de importancia regional, la Oficina Internacional de Higiene (fundada en 1907) que llevaba a cabo actividades de registro de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica o la Organización de Salud de la Liga de las Naciones, fundada en 1923 (Frenk & Gómez, 2007). La creación de la OMS unifica las organizaciones multilaterales que existían en una sola institución con amplias competencias en el campo de la salud, que van más allá de controlar la diseminación de enfermedades infecciosas pues se le otorga poder para implantar regulaciones así como acuerdos y convenciones.

Desde la constitución de la OMS hasta ahora el número de actores internacionales que intervienen en el ámbito de la salud se ha multiplicado. De tal forma que hay desde agencias y programas de la ONU, como ONUSIDA, UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (en adelante PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (en adelante FAO) y la UNESCO, hasta la presencia técnica y financiera de bancos multilaterales de desarrollo como el BM, como bien refleja la publicación del *Informe Desarrollo Mundial: Invirtiendo en Salud* (1993), o las organizaciones no gubernamentales como Médicos sin Fronteras, Oxfam, etc. En el campo del VIH se estima que existen más de 60 mil organizaciones no gubernamentales en el mundo.

A partir de la década de los noventa proliferan las organizaciones filantrópicas dedicadas a la salud, como por ejemplo, la Fundación Bill y Melinda Gates o las instituciones académicas como las compañías multinacionales responsables de la producción y distribución de la mayor parte de los bienes relacionados con la salud, como es el caso de la industria farmacéutica. Y por último, cabe señalar nuevos actores, organismos “cuasi-multilaterales”, surgidos de nuevas formas de alianzas públicas-privadas, organismos entre agencias del sistema de Naciones Unidas, los bancos multilaterales, las fundaciones filantrópicas, las organizaciones civiles e incluso algunas empresas multinacionales. El primero de ellos fue la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización que hoy representa la principal fuente de financiamiento en su campo. Otro destacado integrante de este novedoso elenco institucional es el Fondo Global para la Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, que en los escasos cinco años desde su creación ha desarrollado una cartera de proyectos de apoyo por cerca de siete mil millones de dólares.

Ahora bien, todos estos actores están participando e influyendo en la agenda de la salud global. El problema que se plantea hoy con este escenario tan diverso es la creación de mecanismos para su coordinación.

1.1.2.1. A MODO DE REFLEXIÓN: LA SALUD GLOBAL

Los efectos que la globalización, y sus diferentes dimensiones, han tenido en la salud constituye en la actualidad un hecho consolidado, tal y como muestra la evidencia científica en este campo. Y a este respecto, cabe por tanto plantearse si: ¿puede hablarse de una globalización de la salud?

A pesar de que en la actualidad se ha elaborado un constructo de «salud global» que persigue la equidad en la salud en todos los países –como será analizado con más detenimiento en los párrafos siguientes–, hoy más que nunca persisten y se acentúan las «desigualdades sociales en salud» y, por ende, los problemas sanitarios en el mundo. Por tanto, más que globalizarse la salud, puede afirmarse que más bien ha ocurrido todo lo contrario: se han globalizado los riesgos que existen para la salud así como las enfermedades. Tal es el caso del VIH. Y, en este sentido, tal y como ha sido mencionado en párrafos anteriores, enfermedades transmisibles que eran consideradas del “pasado” vuelven a rebrotar de nuevo en algunas sociedades modernas o desarrolladas como consecuencia de los flujos migratorios o del incremento del turismo mundial. Del mismo modo que enfermedades no transmisibles propias de las sociedades desarrolladas, debido a la globalización de hábitos y costumbres y, en consecuencia, a patrones de comportamientos y estilos de vida poco saludables, viajan traspasando las fronteras hasta llegar a sociedades tradicionales. Por tanto, el surgimiento de nuevas enfermedades de transmisión transnacionales, como es el ya clásico caso del VIH, ha puesto en entredicho la «teoría de la transición epidemiológica»¹³.

Estas amenazas globales para la salud se han visto agravadas por el debilitamiento de los servicios de salud que se ha producido a consecuencia del globalismo. De tal modo que, en la actualidad son muchos los interrogantes al respecto: ¿cómo hay que avanzar para alcanzar una globalización de la salud? En relación a esta cuestión, el salubrista Franco (2003, p.158) señala las siguientes estrategias: 1. Incluir en el proceso de globalización a todas las personas y comprometer a todos los actores y aliados, bien sean públicos o privados partiendo de lo local y dirigiéndose hacia lo universal. 2. Enfatizar en los determinantes sociales de la salud en los diferentes niveles y ámbitos. 3. Desarrollar la promoción de la salud 4. Introducir medidas científico-sociales acompañadas de un desarrollo cultural que busquen un nuevo equilibrio del poder y propicien la democracia universal y ciudadana concebida en los derechos

¹³ La teoría de la transición epidemiológica fue elaborada por el epidemiólogo Omran (1971) en el su célebre informe *The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change*, publicado en *Milbank Mem Fund Quart*. Uno de los supuestos de esta teoría respecto a los patrones de enfermedad es el desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades no transmisibles.

humanos, la solidaridad, el interés recíproco, el humanitarismo y la equidad. 5. Orientar la salud hacia los conceptos de «salutogénesis»¹⁴, «embodiment»¹⁵, y la «teoría ecosocial»¹⁶.

Ahora bien, el interés creciente que existe por la globalización y su relación con la salud ha dado lugar a un desplazamiento del término «salud internacional»¹⁷ por el concepto de «salud global». Y, a este respecto, no han faltado las voces que señalan la necesidad de analizar críticamente por qué dicho término ha sustituido el viejo concepto de «salud internacional», planteándose por tanto: ¿cuál es realmente su aportación teórica? En este sentido, hay quien señala que una de las razones, entre otras, que explica su aparición se encuentra en la moda que el término globalización adquirió durante la década de los noventa en los diferentes ámbitos (Birn, 2011).

En la actualidad, la mayoría de las instituciones y organizaciones que gozan de mayor prestigio en el campo de la salud pública han abanderado el concepto de «salud global». Y esta, a su vez, constituye un objetivo prioritario en la agenda internacional tecnocrática. Sin embargo, a pesar de la multitud de veces que dicho término ha sido referenciado, bien sea en los medios de comunicación, en las instituciones académicas, en las organizaciones internacionales gubernamentales o no gubernamentales, en la agenda de los políticos, de los tecnócratas o en última instancia como lema reivindicativo de los *movimientos altermundistas*, rara vez dicho concepto ha sido definido. Y, en los casos en que se define, los significados que adquiere pueden variar enormemente. Ante tal escenario, Koplan et al. (2009) señalan la importancia de establecer una definición clara y precisa del término. Hacen hincapié en que dicha necesidad no se limita solo a una cuestión meramente semántica, pues las distintas definiciones que se dan sobre el término pueden entrañar diferencias importantes en cuanto a la filosofía, a las estrategias y a las prioridades de acción entre salubristas, investigadores, científicos, políticos, tecnócratas, medios de comunicación y el público en general. Y, en este sentido, estos autores advierten que si no se entiende qué es la salud global no es posible llegar a un acuerdo acerca de lo que se pretende lograr, de los enfoques que deben de

14 El concepto de «salutogénesis» fue propuesto por Antonovsky, vincula el estado de salud con factores socioculturales e históricos que hacen posible la confianza para actuar de forma saludable, partiendo de los aspectos positivos de la salud de las personas; concreta un enfoque holístico más saludable y menos curativo que, en oposición a la orientación patogénica, enfatiza las construcciones sociales y de salud aprovechando las vivencias de la gente a lo largo de su existencia individual, familiar y colectiva (Franco, 2003).

15 El concepto de «embodiment» pretende explicar la manera con la que se incorporan en el cuerpo biológico las circunstancias materiales y sociales del mundo en que vivimos, desde antes de nacer hasta la muerte, cómo la historia individual y social atraviesa las maneras de existir, enfermar y morir (Franco, 2003).

16 La teoría «ecosocial» por su parte, integra el razonamiento biológico-social con la perspectiva histórico-ecológica. Según esta aproximación, el desarrollo de ambientes saludables es necesario porque si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de los servicios (Franco, 2003).

17 "Communicable infections, the education of the individual on personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of social machinery which will ensure every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health; so organizing these benefits in such a fashion as to enable every citizen to realize his birthright and longevity" (Merson, Black & Mills, 2006).

adoptarse así como de las habilidades que se necesitan y las formas en que deben de ser utilizados los recursos.

A fecha de hoy, la definición del término «salud global» que ha sido más empleada es la que ofrecieron estos autores en la publicación de la prestigiosa revista británica *Lancet* en el año 2009 en el artículo titulado *Towards a common definition of global health*. En dicho artículo el término de «salud global» fue definido como (Koplan et al., 2009, p.373):

“Global health can be thought of as a notion (the current state of global health), an objective (a world of healthy people, a condition of global health), or a mix of scholarship, research, and practice (with many questions, issues, skills, and competencies) [...]. An area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving health equity for all people worldwide”.

No obstante, a pesar de toda la popularidad que esta definición ha adquirido – aunque no ha estado exenta de críticas–, merece la pena resaltar otros contenidos del texto que son también muy pertinentes en la delimitación y comprensión de dicho concepto, y que muy a menudo pasan inadvertidos en las discusiones y en las referencias que se hacen sobre el artículo. Los/as autores/as en la delimitación conceptual del término parten de la base de que la salud global forma parte de un continuo, pues esta se deriva tanto de la «salud pública»¹⁸ como de la salud internacional. De tal modo que, señalan una serie de elementos comunes entre estos tres conceptos, y a partir de ahí establecen los aspectos diferenciadores que definen la salud global. Estos elementos comunes, a saber, son: prioridad sobre la base de la población y enfoque preventivo; sobre la concentración de los más pobres, vulnerables, y poblaciones marginadas; enfoque multidisciplinar e interdisciplinar; énfasis en la salud como un bien público y la importancia de los sistemas y estructuras; y participación de varios grupos de interés (Koplan et al., 2009).

En cuanto a los elementos específicos que definen dicho concepto, estos tienen su razón de ser en el contexto de globalización en el que opera y se produce la salud global. De tal modo que señalan que a pesar de ser común, restringir dicho concepto a los problemas de salud que traspasan las fronteras internacionales, la salud global a diferencia de la salud internacional puede hacer referencia a las disparidades existentes en la salud de las naciones y, por tanto, no limitarse solo a las cuestiones transfronterizas. En palabras de los/as autores/as (Koplan et al., 2009, p.373): “Rather, in this context, global refers to any health issue that concerns many countries or is affected by transnational determinants, such as climate change or urbanisation, or solutions, such as polio eradication. Epidemic infectious

18 Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficacy through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of social machinery which will ensure every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health; so organizing these benefits in such a fashion as to enable every citizen to realize his birthright and longevity”.

diseases such as dengue, influenza A (H5N1), and HIV infection are clearly global. But global health should also address tobacco control, micronutrient deficiencies, obesity, injury prevention, migrant-worker health, and migration of health workers. The global in global health refers to the scope of problems, not their location”. De modo que la salud global debe simultanear esfuerzos en combatir tanto la desnutrición como la sobrealimentación, el VIH como el tabaco, la malaria como la salud mental, la tuberculosis como las muertes de tráfico, dado que la carga de la enfermedad es la que debe ser el criterio para establecer las prioridades globales de salud.

Otra diferencia establecida con la salud internacional, la cual tiene su razón de ser en la globalización, es el hecho de que la salud global utiliza tanto los recursos, como el conocimiento y la experiencia de las diversas sociedades para hacer frente a los desafíos de salud en todo el mundo, y no solo en los países en vías de desarrollo.

Ahora bien, algunos/as autores/as señalan que la distinción teórica entre los conceptos que establecen los autores como estrategia heurística para acotar el término de salud global no ha sido realizada con total claridad, y genera por tanto confusión (Birn, 2011). Incluso hay quien cuestiona que dicha distinción analítica sea correcta (Fried et al., 2010). La autora Anne-Emanuelle Birn (2011) señala una serie de limitaciones de la definición que Koplan et al. (2009) ofrecen del término de salud global. En primer lugar, el no tener en cuenta el contexto político de la salud global; por tanto no especifica quién tiene el poder en el campo de la salud global ni qué o quién impulsa la agenda de la salud global ni con qué fines. En segundo lugar, a pesar de que en el artículo los/as autores/as señalan el contexto de la globalización para fundamentar el concepto de salud global, no se mencionan los efectos desfavorables que esta tiene sobre la salud; como puede ser el aumento de las desigualdades sociales en salud como consecuencia del liberalismo económico y las políticas de privatización llevadas a cabo en el acceso a los servicios sanitarios.

No obstante, a pesar de haber alcanzado menos popularidad, también es muy pertinente y relevante para la construcción de nuestro marco teórico la definición que los autores Beaglehole y Bonita (2010) realizan sobre el concepto de salud global en el artículo *What is health global?* Acorde a la definición que Koplan et al. (2009) dan sobre salud global, definen dicho concepto como (Beaglehole & Bonita, 2010, p.5142): “Is collaborative trans-national research and action for promoting health for all”. Dicha definición tiene la cualidad de ser más breve y concreta que la anterior, y por tanto, más medible y operativa. Ahora bien, más allá de esta virtud metodológica cabe resaltar las implicaciones y connotaciones que conlleva el significado de esta definición. De forma que, tal y como analizan los/as autores/as en el artículo, la salud global no consiste solo en adoptar una perspectiva investigativa colaborativa, ya sea multidisciplinar o interdisciplinar para tratar la multitud de factores determinantes que intervienen en los problemas globales de salud sino que además dicha definición invita a la acción transnacional e intersectorial, basada en la evidencia científica, para promover la salud de todos/as.

1.1.3. GLOBALIZACIÓN Y DESARROLLO: UN DILEMA CLÁSICO

Si bien el proceso de globalización es un fenómeno complejo de múltiples dimensiones, algunas de sus facetas más visibles y determinantes son las económicas. Desde sus inicios, la dimensión económica del fenómeno ha sido un tema controvertido y polémico; pues mientras que para unos/as el término es sinónimo de crecimiento, progreso, libertad, integración y prosperidad, para otros/as por el contrario representa injusticia, desigualdad, explotación humana, abuso de poder, etc. Y como es de esperar, en numerosas ocasiones su discusión teórica desemboca en un debate con talante más político que teórico, debido a los diferentes intereses ideológicos que mantienen los distintos grupos de opinión y pensamiento. Una de las cuestiones principales de desacuerdo en este debate político ha sido, en términos generales, el surgimiento de un nuevo orden mundial gobernado más por las leyes del mercado que por las del Estado.

Asimismo, la *globalización económica* representa también uno de los ejes centrales de reflexión y discusión en el desarrollo del *corpus* teórico sobre la globalización. En el plano teórico, un aspecto muy discutido y no exento de disenso ha sido el determinismo económico que muchos intelectuales y teóricos han señalado del proceso de globalización; así autores como Wallerstein (1979) y Ohhmae (1999) constituyen exponentes claros de esta corriente; o autores como Petras (2002), que consideran dicho proceso una fase más del capitalismo: el "capitalismo tardío". Ahora bien, respecto a esta visión determinista, una cuestión es basarse en la hipótesis de que la globalización consiste en un fenómeno eminentemente económico, ya sea en su origen o en su extensión, y otra es defender que todo, tanto en términos de procesos como de cambio social, es o será económico. De ahí que, incluso organizaciones internacionales con competencias en materia exclusivamente económicas como es el FMI, hayan señalado elementos de naturaleza extraeconómica en el proceso de globalización. En este apartado, acorde a la clasificación que Beck (1998) establece sobre las distintas dimensiones existentes de la globalización, se delimitan los aspectos económicos del fenómeno globalización como una dimensión de la misma: la *globalización económica*. Y, en última instancia, se define genéricamente dicho término como "El proceso de integración e interdependencia económica producida a escala global por los países".

Otra cuestión que también ha sido muy polémica, y que a fecha de hoy continúa siendo objeto de apasionados debates, ya que en sus inicios no faltaron las ilusiones y esperanzas para ver en la globalización la salida de la pobreza, es la relación entre «globalización» y «desarrollo». A este respecto una de las grandes cuestiones que se plantea en este intenso y apasionado debate es la siguiente tesis: ¿en qué medida y hasta qué punto la globalización conlleva a un mayor desarrollo? En relación a esta cuestión se adoptan diferentes perspectivas que tienden a polarizar sus posturas en los análisis que realizan al respecto. Por un lado, estarían aquellos/as que defienden que el proceso de globalización implica un mayor crecimiento económico y desarrollo, y por consiguiente, un mundo nuevo mejor. Y, por otro, están los /as partidarios/as que mantienen que si bien la globalización genera mayor desarrollo económico, dicho

crecimiento y riqueza no se distribuye de forma equitativa e igual para todos los países ni grupos sociales. Por ejemplo, los primeros sacarían a la luz que la población mundial durante el siglo XX se multiplicó por cuatro mientras que el Producto Interior Bruto (en adelante PIB) mundial real aumentó 20 veces gracias a la globalización; que la tasa de pobreza absoluta ha bajado del 20% al 5% en los últimos veinticinco años (Sala, 2006); que los "nuevos países globalizados", que se sumaron al proceso de integración económica durante los años noventa vieron crecer su renta per cápita en un cinco por ciento más que los países ricos, lo cual hizo disminuir el número de personas que vivían en condiciones de pobreza extrema en 120 millones (BM, 2002). Por tanto, como botón de muestra de las virtudes y beneficios de la *globalización económica* suele ser usual ejemplificar la evolución económica de países como China, India, Uganda y Vietnam durante la *tercera ola de la globalización* (1980-hasta la actualidad). Aunque como ejemplo estrella suele ponerse el caso de Japón. Del tal modo que, dicha corriente de pensamiento pone énfasis en el hecho de que aquellos países que no integren sus economías al mercado global y al nuevo orden económico serán los perdedores del proceso de globalización, ya que perderán posiciones respecto al PIB mundial. Dicho en otros términos, señalan que aquellos países en desarrollo que quieran luchar eficazmente contra la pobreza deberán aceptar y participar de este proceso de globalización económica. Y con base a esto último, se exponen los resultados obtenidos del célebre estudio realizado por Dollar y Kraay (2001), el cual concluye a partir del análisis de la experiencia económica de 63 países en desarrollo desde los años ochenta, la correlación existente entre el Índice de globalización de un país y su crecimiento con PIB. Frente a esta visión, la segunda corriente contra argumenta que contrariamente a lo prometido, en términos generales, la globalización no ha mejorado la vida de aquellos/as que más necesitan de sus ventajas y virtudes. Por ejemplo, señalan que si bien el 80% del PIB mundial se concentra en el 20% de la población mundial que vive en países desarrollados tan solo el 20% del PIB se distribuye en el resto del mundo (Stiglitz, 2010); que el número de pobres ha aumentado en casi cien millones en el siglo XX mientras que la renta mundial aumentaba un promedio de 2,5 por ciento anual (Crafts, 2000); y que el número de personas que viven con menos de 1.25 dólar al día es 1.29 billones en el 2008, casi un quinto de la población mundial (Stiglitz, 2010). Y a este respecto, afirman que la pobreza existente es inaceptable en un mundo de la abundancia (BM, 2002). Ahora bien, el caso ejemplar que suele utilizarse para mostrar la brecha existente –además con tendencia creciente entre países desarrollados y no desarrollados–, y la desigualdad en la distribución del crecimiento económico mundial es el caso africano, pues en dicho continente se concentra el 95% de los pobres del mundo. Asimismo, la evolución económica de Rusia tras liberalizar su economía también se ilustra para hacer énfasis en que no siempre hay una correlación positiva entre liberalización económica y crecimiento, ya que se generó una pobreza sin precedentes en muchos aspectos para el grueso de la población: si en 1990 el PIB chino era el 60 por ciento del ruso a finales de la década la situación se había invertido, pues se registró un aumento inédito de la pobreza (Stiglitz, 2010). Otro aspecto que esta corriente también cuestiona son las condiciones desiguales que se

dan entre los diferentes países en el proceso de integración en la economía mundial. En este sentido, señalan que tan solo son unos pocos países, los occidentales o los que componen la OCDE, los que imponen las condiciones y definen las reglas del juego. Unas reglas del juego que implican "unos términos del intercambio" asimétricos y desiguales entre los países y que conlleva, por tanto, privilegios y beneficios para unos y perjuicios para otros. Un ejemplo clásico es el caso de los impuestos de aranceles sobre los bienes de exportación e importación durante la *tercera ola de globalización*, pues si bien se forzó a los países en desarrollo a eliminar sus barreras comerciales con los países desarrollados, estos las mantuvieron para los productos de importación de los países en desarrollado (Stiglitz, 2010). Por tanto, en las conocidas Rondas de Uruguay se puso de manifiesto que las condiciones económicas de algunas naciones en desarrollo habían empeorado, aún más, su economía. Otro efecto perverso, derivado de las Rondas de Uruguay, fue consecuencia del proteccionismo llevado a cabo en la propiedad intelectual en la industria farmacológica. A raíz de entonces, el mercado se regula impidiendo que los laboratorios nacionales de países en desarrollados, como India o Brasil, copiaran y robaran la propiedad intelectual de otros laboratorios farmacológicos internacionales como el estadounidense. Si bien estas medidas reguladoras consiguieron proteger los intereses de las grandes industrias farmacéuticas, también ocasionaron una disminución en la accesibilidad y la posibilidad de comprar medicamentos en los países en desarrollo, pues las grandes industrias establecieron altos precios en la venta de los fármacos que hicieron inaccesible la compra de fármacos para la población. Tal y como se señaló en el apartado anterior de este primer capítulo, respecto a los medicamentos, en el caso de los antirretrovirales para tratar el VIH y sida se produjo tanta presión internacional que, en este caso, tuvieron que abaratar el precio. En definitiva, esta corriente de pensamiento no solo cuestiona los supuestos beneficios de la globalización que proclaman sus defensores/as sino también que, en numerosas ocasiones, dichos beneficios son contraproducentes por el alto precio que se paga por ellos. Como ejemplo ponen la destrucción del medio ambiente, el paro y desempleo masivo que se genera a largo plazo, etc. Asimismo, en la actualidad hacen hincapié y critican vehementemente la inestabilidad económica de la economía mundial derivada de la *globalización económica*, como es el caso de la crisis financiera global que actualmente se vive.

Ahora bien, dicha controversia entronca con la cuestión epistemológica de fondo de: ¿qué se entiende y define por «desarrollo» y «progreso social»? y, por consiguiente, con las «teorías sobre el desarrollo» elaboradas. En palabras de Nisbet (1991, p.45): “Quizá ninguna idea ha sido más importante, ni tan importante, como la idea de progreso en la civilización occidental desde hace casi 3000 años”.

En la actualidad la noción de «desarrollo» es un concepto que se da por sentado debido a su uso generalizado. Sin embargo, dicha noción ha sido objeto de arduos debates en ciencias sociales. Ello evidencia que dicha aproximación no es una tarea fácil, pues se trata de un concepto complejo, evolutivo y relativo cuya conceptualización ha sido llevada a cabo desde diversas disciplinas, tales como la economía y la sociología. Por ejemplo, si por un momento nos atuviésemos a la definición de desarrollo dada por la

Real Academia Española como «la evolución progresiva de una economía hacia mejores niveles de vida», tal aproximación sería objeto de numerosas críticas, ya que sería catalogada en el mejor de los casos como una definición utópica, irreal y mecanicista.

En sociología, el interés por entender y comprender como acontece el «desarrollo» y el «cambio social» constituye uno de los fundamentos y razón de ser de la propia disciplina. De tal modo que desde los inicios de la disciplina viene siendo objeto de análisis e interés. Así, referentes clásicos como las obras *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (Weber, 1905) o *Las formas elementales de la vida religiosa* (Durkheim, 1912) materializan la inquietud intelectual que existía en siglo XIX por comprender y explicar la evolución de las sociedades así como los procesos sociales que estaban por entonces desarrollándose, tales como la industrialización, el capitalismo, etc. En líneas generales, en el pensamiento sociológico clásico la idea de progreso era percibida y explicada bajo el principio de evolución, es decir con una visión del cambio social progresivo derivado de la sucesión de estadios que implícitamente conduciría a un desarrollo ordenado:

“Saint Simón 1760-1825 y Augusto se concentraron en el progreso del espíritu, y entrevieron que los cambios en las formas típicas de pensamiento se sucedían a través de tres etapas teológica, metafísica y positiva... Hebert Spencer subsumió el crecimiento y el progreso bajo el principio común de la evolución. Karl Marx 1818- 1883 bosquejó la utopía de la sociedad comunista... Max Weber 1864-1920 se dio cuenta de la poderosa tendencia hacia la racionalización de la vida social y organización social y consideró esta la dirección principal en la que se mueve la sociedad. Émile Durkheim 1858-1917 señaló que la creciente división del trabajo y la integración de la sociedad concomitante atrae la solidaridad orgánica” (Sztompka, 1995, p.50).

Dado que en sus orígenes la idea de progreso iba asociada a una transformación lineal de la sociedad, y bajo un prisma desarrollista dicha noción es difícil de concebir desde teorías orgánicas, funcionales estructurales y teorías cíclicas del cambio social (Sztompka, 1995). No obstante, cabe mencionar que en la obra de Ferdinand Tönnies de *Gemeinschaft y Gesellschaft* (1887) se evidencia también que en el pensamiento clásico había dudas y críticas respecto al progreso y sus ambivalencias.

Según Sztompka (1995), la noción inicial de progreso y desarrollo en el pensamiento clásico sociológico contiene los siguientes componentes fundamentales: una noción del tiempo irreversible, que fluye en forma lineal y que proporcionan continuidad al pasado, al presente y al futuro; un movimiento direccional pues ningún estadio se repite y cada estadio posterior se acerca a un estadio final; una idea de progreso acumulativo; estadios necesarios típicos a través de los cuales pasa el proceso; una causas endógenas de los procesos que constituyen el despliegue de potencialidades dentro de la sociedad para el cambio; una idea de proceso inevitable, necesario y natural; y, por último, la noción de mejoramiento, de

avance, cada estadio consecutivo del proceso es relativamente mejor que su predecesor. De tal modo que, en palabras de Nisbet (1991, p.58) el progreso era entendido como:

“La idea de que la humanidad ha avanzado, lenta, gradual, continuamente desde la condición original de privación cultural, ignorancia e inseguridad hacia niveles cada vez más altos de civilización y de que tal avance continuará a pesar de algunos retrocesos ocasionales a través del presente hacia el futuro”.

Sin embargo, a lo largo del pensamiento sociológico dicha noción no ha permanecido inmutable sino más bien han ido transformándose y cambiando tanto sus definiciones como sus valoraciones. Por ejemplo, si bien el siglo XIX en términos generales fue etiquetado por algunos como la “era del progreso” o “el triunfo de la idea del progreso”, el siglo XX viene a representar el declive del mismo. Ahora bien, es bien entrado en el siglo XX cuando se empieza a cuestionar y romper con esa imagen utópica y perfecta del desarrollo y progreso social. En gran parte, ello fue debido a la manifestación de los efectos no deseados y colaterales que se habían generado con la consolidación de los procesos de modernización, urbanización, industrialización, como la contaminación o el deterioro del medio ambiente. De tal modo que no faltaron las voces críticas de aquellos intelectuales y teóricos que vieron en el progreso sus contradicciones y ambivalencias. A este respecto, Sztompka (1995) hace hincapié en que no hay que olvidar que la idea de progreso es un concepto social, y que al igual que otros conceptos es una noción reflexiva, y que por tanto interactúa con la realidad social, y en consecuencia en los periodos de progreso observable florece, así como decae en los periodos en el que el progreso real se vuelve controvertido. Sin embargo, para Nisbet (1991) las razones que han llevado a cuestionar las premisas que fundamentaban la idea de progreso son: la extensión del irracionalismo y misticismo como rebelión a la razón y a la ciencia; el subjetivismo y narcisismo fruto de la sociedad de consumo; y el pesimismo reinante en la época (Sztompka, 1995).

Asimismo, otra cuestión relevante a señalar en el análisis sobre el progreso y desarrollo social es conocer cuales son sus mecanismos, es decir ¿cómo operan? En palabras de Sztompka (1995, p.53): ¿qué empuja a los procesos sociales a una dirección progresiva?; ¿cuáles son los agentes sociales que activan el proceso?; ¿cuál es la trayectoria del progreso?; ¿cómo se alcanza el progreso? En relación a ello, el autor hace hincapié en la importancia de las agencias del progreso, entendiendo estas como las fuerzas motrices que dan lugar al proceso social de desarrollo. De tal modo que Sztompka (1995) distingue tres estadios consecutivos en la historia del pensamiento. En primer lugar las agencias del progreso y desarrollo estaban localizadas en el dominio sobrenatural. En este sentido, se creía que las deidades, los dioses, la providencia del destino salvaguardaban la dirección progresiva de los procesos sociales. Esta sacralización de la agencia, conducía en consecuencia a depositar la fe en la explicación del cambio y progreso social. En segundo lugar, la agencia es depositada en el dominio natural, así el progreso y el desarrollo era percibido

como un despliegue natural e inevitable, inherente a la naturaleza social. Y, por último, en el pensamiento moderno se comienza a considerar a los agentes humanos, ya sean individuales o colectivos, como productores, constructores del progreso y desarrollo. De tal modo que se produce una humanización de la agencia, lo cual implica concebir el progreso como una meta a alcanzar tras el esfuerzo, lucha y búsqueda humana. En relación a esto último, señala que ello constituye el principal cambio producido en la concepción del desarrollo, pues representa pasar de una visión mecanicista donde el progreso acontece a una concepción activista donde el progreso y desarrollo se consigue. Otro de los elementos que el autor señala respecto al mecanismo del progreso es la forma que este adquiere. Esta puede ser concebida de diversas maneras desde una trayectoria uniforme y gradual hasta una trayectoria del progreso irregular a través de congestiones y acelerones de desarrollo y cambio. Asimismo, la consistencia también es otro aspecto mencionado que es importante tener en cuenta pues se relacionan con la forma pudiendo ser lineal como es en el caso del evolucionismo, o regresiva como en el caso del marxismo. Y, por último, señala la manera en que funciona el sistema social. De nuevo, señala el autor, se encuentran imágenes antagónicas; una primera imagen sería aquella dada por los evolucionistas que corresponde con un despliegue pacífico armonioso mientras la otra se centra en las tensiones internas, en los conflictos y contradicciones (Sztompka, 1995).

Por otro lado, el concepto desarrollo ha sido también ampliamente estudiado en la disciplina económica a través de las diferentes corrientes teóricas surgidas al respecto. De ahí el nacimiento de la *economía del desarrollo* como rama del saber económico. Al igual que en el pensamiento sociológico, su construcción teórica también se ha visto modificada a través de las distintas teorías elaboradas. Si bien en los inicios, más acorde a teorías clásicas económicas, se mantiene una visión monoteísta del término basada exclusivamente en la variable de crecimiento económico, posteriormente se amplían sus dimensiones de análisis dando lugar a un concepto más complejo y multidimensional y, por consiguiente, más difícil de evaluar y medir.

A continuación se exponen, sin realizar un análisis exhaustivo y detallado, las distintas teorías sobre el desarrollo que han sido elaboradas desde la disciplina económica, con la finalidad de proporcionar una clasificación operativa que permita entender y enmarcar la compleja relación establecida entre el desarrollo y globalización.

1.1.3.1. DE LA MODERNIZACIÓN A UN DESARROLLO MÁS ALTERNATIVO

El origen de las *teorías del desarrollo* se encuentra en el proceso de descolonización mundial llevado a cabo tras la II Guerra Mundial. A raíz del nuevo mapa geopolítico surgido tras la descolonización, intelectuales y políticos se enfrentan al reto de alcanzar el desarrollo económico en las

"nuevas economías". Y además, dicho sea de paso, legitimar así la presencia del "mundo occidental" en las antiguas colonias para continuar ejerciendo su influencia. De tal modo que, a partir de entonces, aparece en la disciplina económica el interés por estudiar y comprender la cuestión el *desarrollo versus subdesarrollo*. Así, con el afán de encontrar respuestas de por qué unos países prosperan y otros no, se elaboran distintas explicaciones sobre el desarrollo que postulan distintos modelos económicos con el objetivo de alcanzar el progreso en las "nuevas economías". Ahora bien, dichas explicaciones van a diferir en función de su opción ideológica y del momento histórico en que se elaboren.

Las clasificaciones que existen sobre *las teorías del desarrollo* son muchas, aunque en la *Economía del desarrollo* propiamente dicha según Hidalgo (1998) pueden encontrarse cinco corrientes de pensamiento bien diferenciadas. A continuación se exponen los principales elementos que dan contenido a estas teorías:

- **La «teoría de la modernización».** En términos generales parte de la base de que las sociedades modernas gozan de una mayor productividad y bienestar. Por tanto, se apuesta por un modelo de desarrollo sustentado en la industrialización basado en el tránsito de una economía agraria a una economía industrial. Lewis (1954) que representa uno de los máximos exponentes de esta teoría, sistematiza este proceso de cambio y desarrollo a través del «modelo dual de cambio estructural». Dicho modelo sostiene que las economías en desarrollo se caracterizan por estar formadas por dos sectores, uno tradicional (rural y agrario) y otro moderno (urbano e industria), y entre los cuales se produce una transferencia de mano de obra en función del aumento de los salarios en el segundo sector. Los principios esenciales de la «teoría de la modernización» son:
 1. La modernización es un proceso homogenizador.
 2. La modernización es un proceso europeizador y/o americanizador, pues la visión de que estos países que poseen una prosperidad económica y estabilidad política imitable.
 3. La modernización es un proceso que se evidencia como irreversible.
 4. La modernización es un proceso progresivo que a largo plazo es no solo inevitable sino deseable, dentro de la perspectiva de la teoría de la modernización.
 5. La modernización es un proceso largo.

De ahí que en líneas generales se entienda por modernización (Hidalgo, 1998, p.42): “La reproducción paulatina de la situación alcanzada por los países o regiones elegidos como modelo de referencia, es decir los espacios geoeconómicos que se supone han conocido una ruptura histórica –la Revolución Industrial–, momento a partir del cual el crecimiento industrial se convirtió en condición natural y objetivo fundamental del funcionamiento de la sociedad”.

En dicha teoría el proceso de modernización es concebido a través de diferentes fases que han de ser atravesadas por todos los países para alcanzar el crecimiento económico y, por tanto, el desarrollo: 1. La sociedad tradicional. 2. Precondición para el despegue. 3. Proceso de despegue. 4. Camino hacia la madurez. 5. Sociedad de alto consumo masivo. De tal modo que, aquellos países que aún no han alcanzado el desarrollo es consecuencia de determinados obstáculos como la falta de capital e inversión. Con base a esto último, autores como Singer (1950), Nurkse (1953) y Myrdal (1957), elaboran la «doctrina del círculo vicioso» para explicar el estancamiento y la pobreza en los países subdesarrollados (Hidalgo, 1998).

Por tanto, en la *teoría de la modernización* se mantiene una visión del desarrollo basada principalmente en el crecimiento económico, donde el Producto Nacional Bruto per cápita (en adelante PNB) juega un papel importante (Escribano, 2008). Ahora bien, en consecuencia a este modelo desarrollo que se defiende, y debido a que se percibía que uno de los principales problema de los países del Tercer Mundo se hallaba en la falta de inversiones productivas, se apuesta por un modelo de crecimiento y desarrollo basado en la provisión de ayuda en forma de capital, tecnología, y experiencia. De ahí que un claro ejemplo de este modelo haya sido el *Plan Marshall*. Este Plan fue puesto en marcha por EE.UU. ante la necesidad de reconstruir una Europa destruida por las dos guerras mundiales y también con el objetivo político y estratégico de frenar la influencia soviética en Europa por parte de EE.UU. El plan se basaba en propiciar incremento en las tasas de inversión en unos países con una estructura económica destruida con capacidad técnica avanzada junto con capacitación alta. Sin embargo, la aplicación práctica de este modelo no llegó a alcanzar los resultados esperados debido a que no tuvieron en cuenta elementos importantes tales como las relaciones internacionales, los problemas estructurales y la gran importancia de las instituciones en los países subdesarrollados. Este fracaso de la teoría de la modernización abrió las puertas a la aplicación de otras teorías del desarrollo como posteriormente se expone.

En conclusión, con el fracaso de este modelo de desarrollo se comprueba que el crecimiento económico no era suficiente para garantizar el desarrollo, pues también había que tener en cuenta otros elementos importantes para alcanzar el desarrollo como por ejemplo la equidad en la distribución de la renta, los factores institucionales, los factores políticos, o la necesidad de un cambio en las estructuras de las economías atrasadas.

- **La «teoría estructuralista del desarrollo».** Tiene su razón de ser en la crítica a la «teoría neoclásica» sobre el comercio internacional, pues parte del cuestionamiento de que los beneficios que se obtienen en este intercambio comercial no son iguales para todos los países que intervienen. Esta teoría se apoya en la «tesis del deterioro de los términos de intercambio» de Prebisch (1987) y

Singel (1987) y en el «modelo centro-periferia»¹⁹. A diferencia de la «teoría de la modernización», esta teoría distingue entre crecimiento y desarrollo y establece que no todo crecimiento conlleva desarrollo. Asimismo, define el “desarrollo” o “subdesarrollo” de los países en función de las diferentes relevancias de factores estructurales y tecnológicos (Hidalgo, 1998). Según el economista Hidalgo (1998) en el pensamiento estructuralista pueden distinguirse tres importantes etapas que, a saber, serían:

1) **El periodo comprendido entre los años cincuenta hasta mediados de los setenta.**

Dicha corriente de pensamiento se caracteriza fundamentalmente en este periodo por la visión que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (en adelante CEPAL) sostenía sobre el desarrollo. Una visión de desarrollo que consistió básicamente en planes de transformación de la estructura productiva de los países en subdesarrollo en sustitución de las importaciones, como bien queda reflejado en las políticas llevadas a cabo en los países latinoamericanos en este periodo. Sin embargo, a pesar de que llevó a cabo la industrialización de estos países, no se consiguió los resultados que se esperaban, es decir la salida del subdesarrollo.

2) **Los años setenta.** En este periodo esta teoría comienza a desarrollarse fuera del ámbito de la CEPAL, cuyo máximo exponente sería la «teoría de la dependencia». La versión estructuralista de dicha teoría²⁰ pone énfasis en el hecho de que las economías de los países subdesarrollados están condicionada por el desarrollo y la expansión de las economías dominantes a las que están sometidas. Por tanto, se habla de un “desarrollo dependiente asociado”. Tal concepción del desarrollo llevó a muchos países latinoamericanos durante la década de los setenta a poner en marcha políticas de desarrollo basadas en la protección del mercado interno y en la búsqueda de un desarrollo tecnológico e intelectual autóctono.

3) **Los años ochenta.** A consecuencia del cuestionamiento de la «teoría de la dependencia», debido a que las políticas de desarrollo llevadas a cabo condujeron a una gran deuda externa, se comienza a ver las virtudes y posibilidades de la interdependencia económica. De tal modo que se apuesta por un nuevo modelo de desarrollo basado en el crecimiento

19 El «modelo centro-periferia» describe la relación entre la economía central, auto-suficiente y próspera, correspondiente a los países industrializados y las economías periféricas, aisladas entre sí, débiles y poco competitivas no se producen de manera equitativa sino todo lo contrario. De tal modo que el proceso de desarrollo de los países subdesarrollados (periferia) giran en torno a los países desarrollados (centro).

20 La primera teoría se basa en la pérdida de valor a largo plazo de los bienes primarios de los países en subdesarrollo frente a los productos manufacturados procedentes de los países desarrollados. De tal modo que señalan que la especialización productiva perjudica a los países subdesarrollados y beneficia a los desarrollados.

económico, en la mejora de la distribución del ingreso, en la consolidación de procesos democráticos, en la adquisición de una mayor autonomía, en crear las condiciones que detengan el deterioro ambiental y en mejorar la calidad de vida de toda la población; para ello competitividad, tecnología, educación, relaciones industriales, integración supranacional y estabilización macroeconómica son elementos claves.

- **La «teoría neomarxista del desarrollo».** El pensamiento de esta corriente queda sintetizado en los siguientes elementos:

1. El subdesarrollo económico es consecuencia de la apropiación del excedente generado por parte de las economías capitalistas avanzadas.
2. Las economías subdesarrolladas se caracterizan por el escaso ingreso *per cápita* y bajas tasas de acumulación de capital.
3. El desarrollo económico consiste en una reinversión nacional del excedente.
4. En el capitalismo el desarrollo económico está determinado por la posición en la economía internacional.
5. El método de análisis neomarxista se basa en una perspectiva histórica y en la importancia en cómo se distribuye el control del excedente de los países subdesarrollados y entre las distintas clases sociales.
6. Se establece un sistema de relaciones de intercambio desigual entre los países capitalistas industrializados y los países periféricos, en ocasiones impuestas por la fuerza, por medio del cual el excedente económico es extraído de la periferia.
7. La existencia de un intercambio desigual destruye la producción artesanal precapitalista de los países periféricos y reduce los incentivos para un desarrollo industrial capitalista indígena.
8. El desarrollo industrial de los países periféricos está controlado por monopolios industriales de capitalistas nacionales.
9. Las economías subdesarrolladas contemporáneas no pueden atravesar las mismas etapas que las economías capitalistas industriales avanzadas porque las condiciones internacionales han cambiado de manera irreversible.
10. El modelo desarrollo económico pleno solo puede darse tras un cambio político radical.

∨

- **La «teoría neoliberal del desarrollo».** Los principales elementos que configura dicha teoría son:

1. La defensa de que la desigualdad económica es un importante incentivo humano.

2. La creencia en que las operaciones de mercado no intervenidas maximizan la eficiencia y el bienestar económico.
3. La defensa de los beneficios mutuos que se obtienen del comercio internacional.
4. La crítica y rechazo de la intervención gubernamental.
5. Interés por el problema de la asignación de recursos.
6. El análisis teórico de equilibrio general y parcial.
7. La importancia asignada a los precios.

Según Hidalgo (1998), esta teoría como tal, no aporta realmente ideas nuevas sobre el desarrollo económico; en su lugar presenta una actualización de la vieja teoría neoclásica del equilibrio y del comercio internacional.

- **La «teoría alternativa al desarrollo».** Los elementos definidores del desarrollo alternativo son:

1. Desarrollo igualitario tanto de la satisfacción de necesidades básicas humanas como las necesidades materiales y las no materiales, empezando por tener en cuenta satisfacer las necesidades de los explotados y dominados. Defienden por tanto la humanización de todas las personas en la medida en que deben de satisfacerse sus necesidades de expresión, creatividad e igualdad así como las condiciones de convivencia y creando oportunidades de poder elegir en sus propios destinos.
2. Desarrollo endógeno de cada sociedad, siendo esta quien defina sus propios valores y visión de futuro. El *endodesarrollo*, en su versión moderna denominado “desarrollo local”, incluye la dimensión territorial en su modelo de desarrollo, la cual tiene un papel fundamental en la estrategia de desarrollo.
3. Desarrollo autónomo de los recursos, de la cultura, del medio natural de cada sociedad y sus miembros. El *etnodesarrollo* consiste en tener en consideración los elementos étnicos y culturales en las estrategias de desarrollo. La importancia de esta dimensión radica en incluir los distintos comportamientos de la población de los países desarrollados como elementos determinantes de las políticas de desarrollo, ya que estos pueden amplificar o amortiguar los efectos de las mismas.
4. Desarrollo ecológico basado en la utilización racional de los recursos de la biosfera. El colocar la dimensión medioambiental en el contexto de la teoría del desarrollo supone un gran paso en la búsqueda de un desarrollo multidimensional. El *ecodesarrollo* ha ido evolucionando desde los años setenta y hoy se denomina *desarrollo sostenible*. Constituye, hoy en día, uno de los principales tópicos del desarrollo.

5. Un desarrollo con transformación estructural basado en la creación de las condiciones necesarias para la autogestión y participación de todos los afectados tanto de las comunidades rurales como urbanas de todo el mundo sin las cuales el éxito de este desarrollo no podría alcanzarse.

De tal modo que bajo este nuevo enfoque de desarrollo la satisfacción de las necesidades básicas humanas constituye un eje clave, y por tanto por primera vez se pasa de una noción de desarrollo basada en la riqueza a una noción de desarrollo basado en la no pobreza.

Dada la pertinencia que tiene este último enfoque en el marco contextual del objeto de la tesis, y debido a su vigencia en la actualidad tanto como enfoque teórico para el desarrollo así como instrumento para su medición, se expone más detenidamente en el siguiente apartado la última aportación que hace la *teoría alternativa de desarrollo*.

1.1.3.1.1. EL DESARROLLO HUMANO

La verdadera riqueza de una nación está en su gente (1990) es la premisa que da nombre al primer informe publicado por el PNUD. A partir de esta publicación se establece por primera vez, hasta la fecha, el estudio sistematizado sobre el «desarrollo humano» a nivel mundial. En dicho informe se desarrolla un modelo de desarrollo que trasciende de la esfera económica de un país, y que a pesar de reconocer que es una dimensión importante a tener en cuenta señala que no es suficiente. De tal modo que, se acepta que la idea de «crecimiento» y de «desarrollo» son conceptos que están relacionados pero distintos (López-Calva & Vélez, 2003).

Por tanto, se plantea un enfoque de desarrollo que va más allá del mero crecimiento económico y de la riqueza en la producción de un país así como de la acumulación del capital, poniéndose énfasis en el «desarrollo humano». Dicho término será definido como (PNUD, 1990, p.19):

“El proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades. Entre estas las más importantes son una vida prolongada y saludable, educación y acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía a los derechos humanos y el respecto a sí mismo”.

Aunque los orígenes más lejanos se hallan en el pensamiento filosófico clásico, en la medida en que se consideraba que alcanzar la plenitud de las capacidades humanas constituía el fin y el sentido de todo desarrollo, el concepto de desarrollo humano es fruto de los esfuerzos intelectuales de un grupo de autores que cuestionaron el paradigma dominante de desarrollo de los años ochenta. Y ello fue consecuencia del advenimiento de un contexto marcado por la evidencia cada vez mayor de la incapacidad del mercado para propagar los beneficios económicos y erradicar la pobreza, de la extensión de las enfermedades sociales como el VIH y sida, o el crecimiento de la contaminación ambiental y el aumento del delito, etc. De tal modo que, la ola de democratización surgida en los noventa sentaron las bases para proponer un modelo de desarrollo centrado en las personas (PNUD, 2010).

A partir de las conferencias de Amartya Sen (1980) tituladas *Equality of What?* se redefine el concepto de desarrollo económico y se retoma la importancia de la igualdad planteando: ¿cuál es la dimensión relevante para medir la desigualdad? (PNUD, 2003). De tal modo que, fruto del trabajo de economistas e intelectuales, que en oposición a los modelos utilitaristas que basan el bienestar en la medición al acceso de bienes y servicios, se apuesta por poner el énfasis en el carácter instrumental del acceso a bienes y servicios, siendo estos concebidos como un medio para poder alcanzar un plan de vida o una realización individual plena. Por tanto, la relación utilitarista que directamente relaciona un mayor acceso a bienes con mayor nivel de utilidad se sustituye por una relación en la que el acceso a bienes abre un conjunto de capacidades que serán las que impacten sobre el bienestar.

Según Mahbub ul Haq (1990), principal autor del primer informe del PNUD, este nuevo enfoque de desarrollo persigue como objetivo:

“Ampliar las opciones de las personas. En principio, estas opciones pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. A menudo las personas valoran los logros que no se reflejan, o al menos no en forma inmediata, en las cifras de crecimiento o ingresos: mayor acceso al conocimiento, mejores servicios de nutrición y salud, medios de vida más seguros, protección contra el crimen y la violencia física, una adecuada cantidad de tiempo libre, libertades políticas y culturales y un sentido de participación en las actividades comunitarias. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa”.

Por tanto, el concepto de desarrollo humano consiste en un proceso de expansión de las capacidades de las personas para ampliar sus opciones y oportunidades. En este sentido, al poner énfasis en las capacidades de las personas y en las oportunidades de elección del individuo se parte de una reconceptualización de las necesidades del ser humano de la clasificación de Malow (1943). Y, asimismo, al centrarse en el progreso y bienestar humano se incluyen aspectos nuevos que nunca antes habían sido

tenidos en cuenta: libertad, respeto a los derechos humanos, derecho a la educación, esperanza de vida, el derecho a la asistencia sanitaria, etc. De modo que el concepto de desarrollo humano integra aspectos relativos al desarrollo social, desarrollo económico y desarrollo político.

A partir de dicho concepto, el PNUD elabora un indicador: el Índice de Desarrollo Humano (en adelante IDH). Según Sudhir y Ravallion (1993) este índice se construye bajo la idea de que el subdesarrollo es una carencia de capacidades básicas más que una carencia de ingreso *per se*. Dicho indicador social para medir el desarrollo humano de los países ha sido articulado en torno a tres parámetros:

1. Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria).
2. Nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita PPA en dólares).
3. Salud (medido por medio de la esperanza de vida al nacer).

Para construir el índice se establecen valores mínimos y máximos fijos para cada variable que compone una dimensión, los que establece el PNUD son:

1. Esperanza de vida al nacer: mínimo 25 años y máximo 85 años.
2. Tasa de alfabetización de adultos (personas mayores a 15 años de edad): mínimo 0% y máximo 100%.
3. Tasa de matriculación escolar (personas con edad entre 6 y 24 años de edad): mínimo 0% y máximo 100%.
4. PIB per cápita real en dólares PPC: mínimo de 100 dólares PPC y máximo de 40.000 dólares PPC.

Una vez calculados los tres índices de cada dimensión, el IDH consiste en calcular un promedio simple que se obtiene dividiendo la suma de los tres índices calculados entre tres.

Sin embargo, a pesar de todas las bondades de las que goza este indicador no faltan las críticas respecto al IDH. Según López-Calva y Vélez (2003) las limitaciones que se señalan pueden agruparse en dos niveles: en el conceptual y en el de implementación. En cuanto a las críticas conceptuales estas consisten en la discusión sobre las dimensiones relevantes a considerar y su forma de agregación: ¿cuáles son los funcionamientos básicos a considerar? o ¿cuáles deben ser las ponderaciones adecuadas para agregar las distintas dimensiones? Asimismo, se han señalado también limitaciones en cuanto a la implementación del cálculo del IDH, pues surgen ciertos problemas que parten de la misma construcción de las bases de datos que se utilizan para hacer los cálculos del índice (Srinivasan, 1994).

1.1.4. VICISITUDES DE LA GLOBALIZACIÓN: LAS DESIGUALDADES GLOBALES

Si hubiera tenido que escoger el lugar de mi nacimiento, habría elegido una sociedad de una grandeza limitada por la extensión de las facultades humanas, es decir, por la posibilidad de ser bien gobernada, y en la cual, bastándose cada cual a sí mismo, nadie hubiera sido obligado a confiar a los demás las funciones de que hubiese sido encargado; un Estado en que, conociéndose entre sí todos los particulares, ni las obscuras maniobras del vicio ni la modestia de la virtud hubieran podido escapar a las miradas y al juicio del público, y donde el dulce hábito de verse y de tratarse hiciera del amor a la patria, más bien que el amor a la tierra, el amor a los ciudadanos
(Rousseau, 1754)

“Unidos por un cambio global” es el lema que conectó y vinculó el pasado 15 de octubre de 2012 las múltiples manifestaciones llevadas a cabo en protesta por las consecuencias negativas del globalismo, y en concreto por la crisis económica mundial que se vive actualmente. Estas movilizaciones tuvieron lugar en diferentes lugares del mundo: así «ciudades globales»²¹ como París, Tokio, Sidney, Sao Paulo o capitales como Madrid, Buenos Aires, Santiago de Chile, Los Ángeles, San Francisco, Montreal, Auckland, Kuala Lumpur, Roma, Helsinki, Copenhague, y más de sesenta localidades en España se conectaron para hacer eco de dicho malestar. Estas movilizaciones contra la globalización no son, desde luego, una novedad; pues ya en los inicios de «la tercera oleada de la globalización»²² (1980-actualidad) en los años noventa, comienza lo que hoy en día han sido denominados bajo diversas etiquetas, los *Movimientos*

21 Concepto acuñado por la intelectual Saskia Sassen (1991) en el ensayo *La Ciudad Global, New York, Londres*. Dicho concepto hace referencia a urbes como Londres, New York, París y Tokio, y en contraposición al de megaciudad, que representan una geografía de lugares estratégicos a escala mundial, lugares vinculados por la dinámica de la globalización económica.

22 El BM (2002) en su informe establece tres oleadas de globalización: Primera ola de globalización moderna aparece entre 1870 y 1914, la segunda ola entre 1950 y 1980, la cual se basó en la integración de los países ricos de Europa, Norteamérica y Japón. Y, por último, la tercera ola de globalización desde 1980 hasta la actualidad.

Altermundistas, Movimiento de Resistencia Global, Movimientos Antimundialización, Antiglobalistas, Globalifóbicos, aunque su etiqueta más popular y periodística es el «Movimiento Antiglobalización»²³.

En cuanto a los antecedentes de estos movimientos, existe un amplio consenso en que estos se hallan en las revueltas neozapatistas de Chiapas en 1994 y en las protestas organizadas en Seattle, siendo estas últimas más determinantes para su consolidación debido a la repercusión global que tuvo, pues más de 50.000 personas se manifestaron en contra de la cumbre de la OMC el 30 de noviembre de 1999 reclamando un sistema económico mundial más equitativo y ético; en definitiva, una mayor justicia económica global. A partir de entonces, dicha corriente de protesta se hace más extensiva, y en la actualidad constituye un movimiento con militantes en todo el mundo conectados a través de las nuevas tecnologías de la comunicación y apoyadas en plataformas internacionales organizadas como es el caso de ATTACC.

Respecto a la emergencia y consolidación del movimiento, cabe señalar la importancia que tuvieron las acciones de denuncias emprendidas en la década anterior contra las políticas de ajuste estructural llevadas a cabo por el FMI en el Sur de América, o las protestas frente al proceso de «relocalización»²⁴ de las empresas-red de las multinacionales en los países periféricos, así como las protestas ante el deterioro ecológico del planeta (Pastor, 2001).

Ahora bien, no exento de críticas, dicho movimiento consiste en ser una corriente de pensamiento mundial que aúna un conjunto heterogéneo de fuerzas sociales y políticas que tienen en común criticar y cuestionar los postulados neoliberales de la *globalización económica* o del globalismo, en términos de Beck (1998). Parafraseando a la intelectual Kleim (2007, p.159) y líder del movimiento: “Existe una coincidencia muy amplia a la hora de criticar aspectos principales de la globalización neoliberal, pero divergencias importantes en la estimación de las propuestas alternativas y la plausibilidad de las mismas”. De tal modo que, grupos muy diversos tales como organizaciones no gubernamentales, partidos políticos, sindicatos, organizaciones religiosas, ecologistas, pacifistas, redes y colectivos informales, movimientos de masas, como frentes revolucionarios, tienen cabida en este movimiento. También cabe mencionar el apoyo que este movimiento recibe de reconocidos y prestigiosos intelectuales como la anteriormente citada, o Ramonet, Walden Bello, Hazel Henderson, etc.

Esta corriente de pensamiento mundial exige, en líneas generales, una sociedad más justa, y denuncian por tanto la falta de responsabilidad de las grandes potencias políticas y económicas en la toma de sus decisiones, pues sus resultados y consecuencias afectan a toda la población. Reclaman

23 Jeffrey Juris define dicho movimiento social: “Una lucha de base popular de amplia participación de trabajadores, ecologistas, jóvenes, campesinos, pobres urbanos, indígenas y otros actores en el mundo en desarrollo e industrializado que luchan por la justicia social y económica y por un mayor control democrático sobre su vida cotidiana” (Juris, 2008).

24 En el sentido más amplio del término, la «relocalización» trata sobre las acciones basadas en un reordenamiento espacial/geográfico de las actividades humanas con el objetivo de incrementar la eficiencia y sustentabilidad.

concretamente: un control del poder de las multinacionales, la democratización de las instituciones económicas mundiales, la regulación de los mercados financieros, establecer unas reglas justas en el comercio internacional, la defensa del medio ambiente y una distribución más equitativa de la riqueza. Sus principales “caballos de batallas” son por tanto las multinacionales y las grandes organizaciones internacionales económicas y políticas, fundamentalmente el BM, el FMI y la OMC. De tal modo que, durante las últimas décadas, estas instituciones multilaterales se han visto continuamente cuestionadas por estos movimientos como consecuencia de las políticas de libre mercado llevadas a cabo (Stiglitz, 2010). Por ejemplo, algunas de las acciones que reivindican frente a estos organismos globales, como bien queda materializado en el “Manifiesto de Porto Alegre” en el 2001 del Foro Social Mundial *Otro mundo es posible*, son: la condonación de la deuda externa de los países empobrecidos, activación de la llamada Tasa Tobin, anulación de paraísos fiscales, protección social, etc.

No obstante, aunque dicho movimiento no se opone radicalmente a la globalización, y a pesar de haber sido tildado en numerosas ocasiones de ello, sí rechaza su modo de operar a través de un modelo neoliberal de desarrollo. De ahí que algunos autores señalen que es mucho más preciso definirles como “movimientos que se oponen a dicho proceso bajo la hegemonía neoliberal” o como “movimientos que luchan por la justicia global”. De tal modo que cuestionan contundentemente las causas de los problemas sociales, que según dicho movimiento están ligados al capitalismo de libre mercado, como es el hecho de la pobreza mundial, la existencia de desigualdades globales, la persistencia del hambre en el mundo, la escasez de salud o la existencia de enfermedades como el VIH, o en última instancia, la destrucción ecológica llevada a cabo del planeta, y en concreto en los países en desarrollo. En síntesis, y en palabras del sociólogo Manuel Castells (2001, p.20), dicho movimiento puede describirse como:

“Unos son negros, otros blancos, otros verdes, otros rojos, otros violeta y otros etéreos de meditación y plegaria. Pero, ¿qué dicen? Unos piden un mejor reparto de la riqueza en el mundo, rechazan la exclusión social y denuncian la paradoja de un extraordinario desarrollo tecnológico acompañado de enfermedades y epidemias en gran parte del planeta. Otros defienden al planeta mismo, a nuestra madre Tierra, amenazada de desarrollo sostenible, algo que sabemos ahora precisamente gracias al progreso de la ciencia y la tecnología. Otros recuerdan que el sexismo también se ha globalizado. Otros defienden la universalización efectiva de los derechos humanos”.

Ahora bien, esta relación entre «globalización» y «desigualdad»²⁵ no solo ha sido señalada por dicho movimiento social, pues las «desigualdades globales» (Ritzer, 2007) han pasado a ser en las últimas

25 La Real Academia de la Lengua española define «desigualdad» como la relación de falta de igualdad entre dos cantidades o expresiones. No obstante, se define dicho término en el documento como una la disparidad fundamental que permite a una persona ciertas opciones materiales y se las niega a otras. Las desigualdades pueden ser no solo económicas sino también sociales. Tipos clásicos de desigualdades son la raza, la clase social, el género y la etnia.

décadas un aspecto de preocupación y confrontación entre políticos, economistas, tecnócratas, académicos e intelectuales. En este sentido, autores como Held y McGrew (2003) señalan que el problema de la desigualdad global se ha convertido en uno de los aspectos más urgentes y controvertidos de la agenda global.

Hoy en día, a pesar de todos los beneficios que conlleva la globalización, se pone de manifiesto más que nunca, la incongruencia de estar en un mundo cada vez más rico pero a la vez más desigual, en el cual conviven la miseria y la riqueza al mismo tiempo. Tanto es así que numerosos teóricos del estudio de la globalización consideran que las «desigualdades sociales»²⁶ son una característica definitoria del proceso de globalización. Precisamente, autores como Beck (1998) advierten que una de las consecuencias más problemáticas de la dinámica de la globalización para la estratificación de la sociedad mundial sea la riqueza y la pobreza.

Sin embargo, a pesar de ser un hecho constatado la persistencia de desigualdades socioeconómicas a escala global, dicho aspecto no ha sido ajeno a la controversia, pues no hay acuerdo en si la globalización es un agente que contribuye a reducir las desigualdades; o si por el contrario las incrementa entre los países en el mundo (Firebaugh & Goesling, 2004).

En la disciplina económica dicha controversia cristaliza en el análisis concreto sobre las «desigualdades económicas»²⁷, y por tanto de nuevo se entronca con la vieja disputa sobre crecimiento económico y desarrollo entre las distintas escuelas del pensamiento económico, que se expuso en el anterior apartado. Este dilema trasladado al campo de la *globalización económica* se traduce en la cuestión de si el mercado mundial es capaz, sin intervención pública, de proporcionar un crecimiento económico equitativo entre los países.

No obstante, un primer aspecto a considerar dado que contribuye a generar más desacuerdo es la dificultad en la delimitación conceptual del término desigualdad y, por consiguiente, su medición. En relación a ello, Sen y Foster (1973, p.5) señala:

“La idea de desigualdad es muy simple y muy compleja a la vez. Por una parte, es la más simple de todas las ideas y ha motivado a la gente con un atractivo inmediato difícilmente comparable con ningún otro concepto. Por otra parte, sin embargo, es una noción extraordinariamente compleja que hace las aseveraciones sobre la desigualdad altamente problemáticas y ha sido por tanto objeto de amplia investigación por parte de filósofos, estadísticos, teóricos de la política, sociólogos y economistas”.

26 Concepto que será definido con más detalle en los siguientes párrafos.

27 «Desigualdades económicas» la disparidad fundamental que permite a una persona ciertas opciones materiales y se las niega a otra por lo que no es de extrañar que un país ofrezca distintas cifras sobre su desigualdad, pues ello dependerá del método que haya empleado (De la Iglesia & Jaime, 2003, p.25).

De tal modo que se trata de un concepto cuya acotación teórica no es nada fácil. Por tanto, no es de extrañar las distintas acepciones sobre el término y la existencia de distintos métodos en su medición. A este respecto, cabe mencionar que un aspecto que dificulta la delimitación del término es la multidimensionalidad del constructo, pues son muchas las variables desde las que se puede valorar la desigualdad. Sin embargo, hasta la fecha, aún no hay acuerdo en cuales deben ser las dimensiones que componen dicho concepto (López-Araguren, 2005). Según el Instituto Sueco de Investigación Social las distintas dimensiones que componen la desigualdad son (citado en López-Araguren, 2005, p.85):

- Recursos económicos: ingresos, propiedades y riqueza.
- Recursos políticos: incluye las formas de ejercer poder, autoridad o influencia.
- Empleo y trabajo: incluye tener empleo, o estar en paro, o empleo fijo, o temporal, o tiempo completo o parcial así como las condiciones de trabajo.
- Educación y cualificaciones: oportunidades de acceso a los distintos niveles educativos.
- Salud: acceso a los servicios de salud y calidad de los mismos.
- Vivienda.
- Familia e integración social.
- Seguridad: grado de inseguridad física y de las propias posesiones.
- Oportunidades creativas y culturales.

Asimismo, otro aspecto que también dificulta su delimitación es el hecho de tratarse de un concepto intrínsecamente relacionado con otros conceptos, como pobreza, polarización, privación, libertad y oportunidades (Núñez, 2006). Tal y como señala Ray (1998) debe tenerse en consideración el contexto en el que la desigualdad se mide, es decir, lo que los economistas llaman *distribución funcional*.

En términos operativos, las desigualdades económicas se traducen y cuantifican a través de la *distribución de la renta*; la cual pretende medir la desigualdad existente en el reparto de los recursos entre individuos. Ahora bien, en cuanto a este modelo de medición de desigualdad Ruiz-Castillo (2007) señala su limitación en la medida en que al referirse a un constructo ideal, y por tanto, medir la distribución de la renta entre un conjunto finito de individuos con idénticas características aún queda pendiente resolver si las comparaciones entre las distintas distribuciones de renta, desde el punto de vista de la desigualdad, depende de la posición política del evaluador y si finalmente responde a un ejercicio normativo con los juicios de valor que ello conlleva.

A pesar de que existen diversas formas de medición, el método más empleado por las organizaciones internacionales, tecnócratas y economistas es el Índice de Gini (1921). Este índice mide la distribución de la renta de los habitantes de un país tomando valores entre 0 y 1, donde 0 corresponde con el máximo de igualdad y 1 con el máximo de desigualdad. Entre sus virtudes se señalan la facilidad en su cálculo y en su interpretación, y la posibilidad de agregar y desagregar los datos. Y como limitaciones están los *sesgos de subestimación* y el hecho de no determinar la distribución del ingreso (Medina, 2001).

A nivel global, las cifras respecto a las desigualdades económicas existentes alcanzan niveles inaceptables; en concreto, aproximadamente 1.200 millones de personas vivían en extrema pobreza con menos de 1,25 dólares al día en 2007 (un 22% de la población mundial) y aproximadamente 2.200 millones con menos de 2 dólares al día (o aproximadamente un 40% de la población mundial) (UNICEF, 2012). A nivel mundial, el Índice de Gini en el año 2004 fue de 0,63, siendo la renta del 20% de las personas más ricas del mundo de 28,7 veces más elevadas que la del 20% más pobre (Lafuente, Losa & Sánchez, 2006). A este respecto, cabe referir también los análisis longitudinales llevados a cabo por el economista Maddison (2003) sobre la desigualdad económica a nivel global. Analiza la evolución de la desigualdad económica desde 1820 hasta el 2000, a través del Índice de Gini, entre otros. En cuanto a su evolución, si bien en el 1820 adquiere un valor entorno al 0,2 en el 2000, dicho valor incrementa considerablemente alcanzando un valor aproximado de 5,6. En esta misma línea, también los análisis de Milanovic (2009) miden la evolución de las desigualdades en la distribución de la renta a través del Índice de Gini en el periodo de 1820 a 2002. Dichos análisis concluyen que la desigualdad global del ingreso aumenta de forma constante en este periodo a excepción de 1980 que registra un incremento significativo.

Asimismo, recientemente las cifras publicadas por UNICEF (2012) en el *Informe Desigualdad global: la distribución del ingreso en 141 países* alertan sobre la tremenda desigualdad existente en el mundo (Ortiz & Cummins, 2012). Y, en este sentido, se señala que a pesar de haberse producido progreso se necesitarían aproximadamente 800 años para que los mil millones de personas más pobres del planeta alcanzaran el 10% de los ingresos mundiales dado que el cambio que se ha producido en términos de progreso hasta la fecha ha sido muy lento. Dicho informe analiza, con base a los bancos de datos del BM, UNU-WIDER y Eurostat, la desigualdad en la distribución de la renta a través del Índice de Gini en el año 2007 tanto a nivel mundial, regional como nacional. Respecto a la desigualdad a nivel mundial ofrece datos escalofriantes, pues el 20% de la población mundial controla más del 70% de los ingresos mundiales, de tal modo que el quintil más rico de la población mundial recibe casi el 83% del ingreso total mundial, y solo un 1% llega a aquellos en el 20% más pobre. A continuación, en la Tabla 1 se muestra la evolución de la distribución global del ingreso, por quintiles, para el periodo comprendido entre 1990 a 2007:

Tabla 1. Distribución del ingreso por quintiles, 1990-2007

	1990 (%)	2000 (%)	2007 (%)
Q5	87,0 %	86,8%	82,8%
Q4	8,1%	7,5%	9,9%
Q3	2,8%	3,2%	4,2%
Q2	1,4%	1,6%	2,1%
Q1	0,8%	0,8%	1,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de UNICEF (2012)

A nivel regional, según las estimaciones basadas en la medición de Solt (citado en Ortiz & Cummins, 2012) América Latina, el Caribe y África Sub-Sahariana son las regiones con los niveles más altos de desigualdad de ingreso (véase Tabla 2). En contraposición, los países de ingresos altos emergen como el grupo de países más igual, seguido de Europa del Este y Asia Central como segundas regiones más igualitarias. En términos de variación, la evolución del coeficiente de Gini evidencia que Asia, Europa del Este y los países de la antigua Unión Soviética son los que más han incrementado en desigualdad, y América Latina, a pesar de los significativos avances logrados desde el año 2000, continúa siendo una región con grandes desigualdades. Sin embargo, en cuanto a los países de ingreso bajo los resultados obtenidos son variados. Por ejemplo, África Sub-Sahariana es una región muy desigual pero parece haber reducido su índice desde 1990.

Tabla 2. Valores del Índice de Gini por región, 1990-2008

REGIÓN	2008-1990 (Variación)	2008-2000 (Variación)
Asia	4,0	0,6
Europa del Este y Asia Central	8,7	2,2
América Latina y el Caribe	1,5	-1,3
Oriente Medio y Norte de África	0	0
África Subsahariana	-4,8	-1,8
Países de ingreso alto	3,5	0
Número de observaciones	132	132

Fuente: Elaboración propia a partir de UNICEF (2012)

Recientemente, los datos publicados por el informe *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia* (PNUD, 2014) analizan la desigualdad existente en relación al desarrollo humano:

Tabla 3. Coeficiente de desigualdad humana por IDH, 2013

Grupos del IDH	Coeficiente de desigualdad humana 2013 (%)	Desigualdad de ingresos (2013) (%)
Desarrollo Humano muy alto	12,3%	22,4 %
Desarrollo Humano alto	19,7%	29,9%
Desarrollo Humano medio	25,6%	18,6%
Desarrollo Humano bajo	32,6%	23,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de PNUD (2014)

A la vista de los datos, se evidencia que la brecha entre los países en el mundo se ha incrementado en las últimas décadas, y por tanto también las desigualdades sociales. No obstante, queda pendiente por medir y evaluar el impacto que la crisis financiera del año 2008 está teniendo en las desigualdades económicas globales. Y, en este sentido, cabe esperar un aumento de las desigualdades económicas existentes.

Numerosos estudios muestran la asociación existente entre países que presentan altos niveles de «desigualdad económica» y altos índices de problemas sociales, bajos indicadores de bienestar social y de salud, de alfabetización y de libertad política, etc. Wilkinson y Pickett (2009) en su célebre libro *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva* apuntan al hecho de que si bien el PIB de un país no es un buen indicador del bienestar de la población, sí lo es la estratificación y la desigualdad que haya en una sociedad, pues es la que mejor predice tanto sus problemas sociales como su salud poblacional. Concluyen que las sociedades más desiguales presentan mayores problemas en cuanto al nivel de confianza, enfermedades mentales y problemas con drogas, esperanza de vida y mortalidad, obesidad, madres adolescentes, rendimiento escolar de los niños, homicidios, tasa de población reclusa y movilidad social (Wilkinson & Pickett, 2009). Asimismo, en el artículo *Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence*, realizan un metanálisis sobre la evidencia empírica generada en más de 160 artículos concluyendo que entre las desigualdades en la renta de un país y su salud poblacional se establece una relación inversa. Y en este sentido, advierten que las desigualdades sociales tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados son disfuncionales y dañinas para la sociedad (Wilkinson & Pickett, 2006).

De tal modo que, hoy es un hecho constatado la correlación positiva entre las desigualdades económicas y las desigualdades sociales. La «desigualdad social» es un concepto multidimensional que se relaciona con otras dimensiones de la realidad social como la estratificación, la pobreza, la integración, el género, etc.²⁸ Se trata, por tanto, de un concepto de difícil delimitación y medición. López-Araguren (2005, p.61) la define como: “La condición por la cual las personas tienen un acceso desigual a los recursos de todo tipo, a los servicios y a las posiciones que valora la sociedad [...]. La desigualdad está ligada a la clase social, pero también está ligada al género, a la etnia, a la religión, y a la edad”. Ahora bien, dicho concepto en un sentido amplio puede entenderse como la falta de igualdad o el trato desigual que reciben determinados grupos sociales o individuos como consecuencia de su posición económica, social, religiosa, raza, sexo, etc.

En mayor o en menor medida, las desigualdades sociales han estado siempre presentes en todas las sociedades, y por tanto representan un fenómeno universal en ellas. Tanto es así que han sido objeto de reflexión desde el origen del pensamiento humano, en la búsqueda de su origen y de dónde nacen. Dicha

28 Definición dada por Greco Orlado (2009, p.124) en el Diccionario de Sociología Editorial: Valletta Ediciones Ubicación: Argentina 2009.

inquietud ha estado presente a lo largo de la historia, como puede observarse desde el pensamiento griego hasta intelectuales en la época contemporánea. De ahí que un análisis contemporáneo se pueda encontrar de nuevo en el economista Amartya Sen (1995, p.45) en su ensayo *Nuevo examen de la desigualdad*:

“Los humanos somos profundamente diversos. Cada uno de nosotros es distinto de los demás, no solo por las características externas, como el patrimonio heredado o el medio ambiente natural y social en el que vivimos, sino también por nuestras características personales, por ejemplo la edad, el sexo, la propensión a la enfermedad, las condiciones físicas y mentales”.

De tal modo que el origen de la desigualdad reside en la diversidad humana. Dicha diversidad radica en el hecho de que a lo largo de la historia y en todas las sociedades las personas presentan diferencias, bien sean por diferencias basadas en aspectos biológicos, en primera instancia, como pudiera ser el talento, las capacidades, el cabello o, en consecuencia, por diferencias basadas en aspectos sociales como el estatus, prestigio, ocupación, etc., las cuales dan sentido y valor los seres humanos. Ahora bien, estas diferencias que distinguen a los seres humanos constituyen a su vez parámetros estructurales que definen las estructuras sociales. Las estructuras sociales convierten la inevitable diversidad humana en desigualdad social aunque no toda diversidad se convierte en desigualdad social ni todos los criterios de diferenciación que distinguen a los humanos tienen la misma importancia en las estructuras sociales (Rad, Requena & Salazar, 2013). De tal modo que la desigualdad social es un fenómeno intrínsecamente social, histórico y cultural, que no debe ni puede observarse como un fenómeno natural, y cuyo resultado final es su cristalización y manifestación como problema social en cada una de las sociedades donde está presente.

En la sociología, desde sus inicios como disciplina, las desigualdades sociales han sido objeto de estudio y análisis. Así, autores de la teoría sociológica clásica como Marx (1867) con su análisis de las «clases sociales», o Weber (1905) con su «tesis de la multidimensionalidad de la desigualdad», constituyen referentes clásicos en el estudio de las desigualdades sociales. Asimismo, cabe destacar en la teoría sociológica contemporánea desde la «teoría funcionalista» de Davis y Moore (1945) o la «teoría del conflicto» Robert Staughton y Helen Merrell (1929), hasta autores como Lensky (1966) y Wright (1995) que, desde diferentes perspectivas, han buscado explicaciones sobre el origen de la desigualdad en las sociedades industriales capitalistas.

Tradicionalmente la sociología ha distinguido cuatro tipos fundamentales de «desigualdades sociales»: 1. Desigualdades económicas. 2. Desigualdades de clases. 3. Desigualdades de género. 4. Desigualdades étnicas. Dicha clasificación tiene un carácter instrumental, pues como bien señala Rad et al. (2013) no abarca todas las desigualdades existentes en las sociedades modernas. Estos autores/as hacen hincapié en que la relevancia de este tipo de desigualdades radica en que estas tienen capacidad para generar otro tipo de desigualdades, debido a que se forman a partir de estos parámetros estructurales que se

asocian a otros con mucha facilidad. De tal modo que constituyen variables independientes. En otras palabras, representan los factores determinantes que en los modelos explicativos permiten conocer otras formas de desigualdad, considerándose estas últimas como variables dependientes de esos modelos. Como variables dependientes, en sociología se consideran fundamentalmente dos tipos de desigualdades relevantes: 1. Las «desigualdades educativas». 2. Las «desigualdades en salud». Estas últimas están siendo un campo de interés creciente para sociólogos, epidemiólogos y salubristas. Y dado que dichas desigualdades constituyen un marco conceptual de referencia obligada en la construcción teórica del objeto de estudio de la tesis, se analizarán con más profundidad en el siguiente apartado.

Ahora bien, en cuanto al estudio de las desigualdades sociales en la globalización existe un intenso debate en la disciplina sociológica respecto a si la globalización está introduciendo nuevos ejes de estratificación, o si por el contrario se mantienen las “desigualdades clásicas” en términos de «clases sociales». A este respecto, Noya y Rodríguez (2010) en la revisión teórica que realizan sobre la cuestión, señala que es fundamental tener en cuenta tres aportaciones teóricas: las «clases globales» (Sassen, 2007), «teoría de la superclase global» (Rothkopt, 2008) y los análisis de Bauman (2011) sobre el efecto de la globalización en las clases más desfavorecidas, en la «infracalse»²⁹.

En cuanto a los análisis de las clases globales de Sassen (2007), establece una clasificación sobre tres tipos diferentes, las cuales ocupan posiciones diferentes en la estructura social: 1. Una clase global formada por profesionales y ejecutivos de las multinacionales y empresas transnacionales. 2. Una clase global media formada por funcionarios de los organismos internacionales y los empleados de las organizaciones no gubernamentales transnacionales. 3. Y el surgimiento de una tercera clase global desfavorecida. En contraposición, Rothkopt (2008) en su libro *Superclass, the global power elite and the world they are making*, centra sus análisis en la configuración de las élites mundiales. Según el autor, debido a la interconexión y la apertura de las economías en la actualidad, es imprescindible en el análisis de la élite del poder tener en cuenta el fenómeno de la globalización, pues ha tenido efectos en la conformación de las élites políticas y económicas mundiales. Por tanto, ello implica comprender a los grupos que surgen a raíz de las economías emergentes, de las multinacionales y de los centros de poder distribuidos mundialmente (Noya & Rodríguez, 2010). Rothkopt (2008) señala que hoy en día existe una élite internacional, multicultural y multirracial, que está interconectada y que está escribiendo la agenda sin un contrapeso a nivel de los gobiernos internacionales: “Hoy la élite más poderosa son ciudadanos más vinculados con las finanzas internacionales que con las políticas nacionales” (citado en Huneus, 2010, p. 151). No obstante, si bien el autor le concede un grado especial de importancia al subgrupo económico

29 El concepto de «infracalse» es un término controvertido que ha sido muy cuestionado dentro de la sociología. Dicho término encuentra sus antecedentes en el concepto de Marx de «lumpenproletariado». Nace en el contexto de EE.UU. y se relaciona con la exclusión social, con la raza, etnia e inmigración. Murray (1984) entiende que dicho concepto no está comprendido solo por miembros de las minorías étnicas sino también por hombres blancos de áreas empobrecidas. Señala tres componentes: el desempleo, la delincuencia y los hijos legítimos.

dentro de la superclase, establece que el criterio de pertenencia a esta es tener “mucho poder”³⁰ en términos weberiano, frente al hecho, desde una perspectiva marxista, de ejercer posiciones de control sobre los medios de producción. Por tanto, dentro de la superclase estarían desde Barack Obama hasta Paulo Coelho; dentro del subgrupo de la élite económica analiza a los altos ejecutivos de las principales compañías transnacionales, como Wal-Mart y el gigante petrolero, ExxonMobil, y de las principales entidades financieras, como Goldman Sachs (Huneus, 2010).

De tal modo que define la «superclase» como: “El conjunto de posiciones sociales claves unidas por canales formales e informales que trascienden las barreras nacionales y en donde el sector privado juega un rol preponderante y que se define estructuralmente por su grado de interconexión, generalmente mayor a que la que tienen con la élite nacional de sus propios países” (Huneus, 2010, p.151). Y en comparación con las élites nacionales, estas tienen una mayor accesibilidad a los contactos invirtiendo menos cantidad de tiempo posible a escala global. La base de su poder es cultivar relaciones sociales con el mundo político, económico, militar y cultural y moverse fluidamente en su interior: “Entre los casi seis mil miembros de la superclase hay múltiples enlaces que llevan de uno a otro. Asociaciones de negocios. Inversiones. Membresías de directorios. Viejos lazos de escuela. Barrios exclusivos. Terminales de aviación. Reuniones. Restaurantes. Hoteles” (Huneus, 2010, p.151). Estas élites estarían formadas tanto por artistas, empresarios, diplomáticos, políticos, y carentes de un criterio definido único. En este sentido, su poder se basa en el vacío legal y en la falta de controles que se dan en muchos ámbitos en la esfera internacional. Es decir, se caracteriza por ser una clase muy móvil, dando lugar a que la movilidad sea un criterio de estatus.

Y, por último, cabe señalar los análisis que el teórico Bauman (2011) realiza en su obra *Globalización y consecuencias humanas* sobre las clases más desfavorecidas, cuyos análisis merecen especial atención en este apartado dado que se centran en las desigualdades que se generan con la globalización. En líneas generales, el autor mantiene que los procesos globalizadores conllevan a una segregación, separación y marginación social progresiva diferente a los ejes tradicionales de estratificación social. De tal modo Bauman (2011, p.9) señala:

“La globalización y localización no solo son dos momentos o caras de la misma moneda: son al mismo tiempo fuerzas impulsoras y formas de expresión de una nueva polarización y estratificación de la población mundial en ricos globalizados y en pobres localizados”.

A partir del concepto de «glocalización»³¹ de Robertson (2000), Bauman (2011) redefine dicho concepto –no solo como la concentración del capital, finanzas y demás recursos de elección sino también

30 Con base al concepto de Weber (1905) de «poder» como la capacidad para influenciar a millones de personas de manera coercitiva, económica, espiritual o de otro tipo.

de libertad para moverse y actuar—, y establece un nuevo factor de desigualdad social basado en la “movilidad geográfica” (Bauman, 2011). Además señala que la “movilidad geográfica” constituye el factor estratificador más poderoso y codiciado de todos, a partir del cual se construyen y reconstruyen diariamente las nuevas jerarquías sociales, políticas, económicas y culturales de alcance mundial. Y a este respecto, añade que la libertad de movimiento proporciona muchas ventajas a los que ocupan la cima de la nueva jerarquía. Por tanto, para el autor los procesos de globalización redundan en la redistribución de privilegios y despojos, de la riqueza y la pobreza, de los recursos y su desposesión, del poder e impotencia, de la libertad y la restricción; produciéndose una reestratificación mundial en cuyo devenir se construye una nueva jerarquía a nivel mundial sociocultural y autoreproductora. Ahora bien, en esta nueva estratificación establece la existencia de una élite cada vez más global, “propietarios absentistas de nuevo tipo”, en los que la movilidad es adquirida por el capital que poseen, lo cual conlleva a una desconcentración del poder, una extraterritorialidad del mismo. Y frente a este surgimiento de élites globales, el autor señala que el resto de la población cada vez se encuentra más localizada. Asimismo, también señala que dicha movilidad conlleva a otra jerarquía entre turistas y vagabundos; los primeros viajan a donde quieren, caminando por la vida a su voluntad, mientras que los segundos moran por el mundo en contra de su voluntad ya que han sido desplazados por el capital (Bauman, 2011).

En conclusión, la globalización según Bauman (2011) hace inservible las categorías tradicionales de la desigualdad social como es la clase social, pues en la sociedad global las capacidades diferenciales de movilidad vinculadas a las diferentes oportunidades de vida constituyen el eje de estructuración básico. El acceso a la movilidad global es, por tanto, un factor clave de estratificación, como bien queda ejemplificado con los visados y controles de inmigración. Y, con base a ello, alerta sobre la nueva brecha social que la globalización introduce en los países avanzados entre móviles e inmóviles, cosmopolitas y locales (Bauman, 2011). Por tanto, lo divino móvil e inmóvil sustituye a las clases y el estatus como eje estructurador de la desigualdad (Noya & Rodríguez, 2010).

1.1.4.1. DESIGUALDADES BAJO LA PIEL: DESIGUALDADES GLOBALES EN SALUD

Entender que las desigualdades en la salud no son sino el espejo de las desigualdades sociales generadas por un sistema económico y social como es la globalización neoliberal capitalista, que a su vez se rige por la enormemente desigual distribución del poder político y económico. Buscar las verdaderas causas y dejar de echar la culpa a las víctimas. Generar respuestas que nos alejen del conformismo. Atisbar soluciones que permitan plantear acciones efectivas (Muntaner & Benach, 2005).

31 Según Roland Robertson (2000) es la mezcla de factores locales y globales mundializados. Estos procesos no borran los significados locales sino que mezclan la cultura global y local en un proceso que lo llama “glocalización”.

La salud es un fenómeno complejo y multicausal, y sus raíces son de carácter social. Los procesos de salud-enfermedad no dependen exclusivamente de factores individuales, pues estos están también sujetos a factores sociales, ambientales, económicos, culturales, etc. Por ejemplo, la esperanza de vida de un bebé puede variar enormemente según sea el país donde nazca; en el mejor de los casos puede esperar a vivir más de 80 años mientras que, en el peor de los casos, puede vivir menos de 50 años si nace en algún país africano (OMS, 2009). Estas variaciones en la esperanza de vida al nacer no solo se manifiestan entre los diferentes países en el mundo sino también dentro de cada país como se observa en el caso de EE.UU. entre las diferentes clases sociales; pues personas que pertenecen al 5% del nivel de renta superior en el país viven 20 años más que una persona que pertenece al 5% de renta inferior (Navarro, 2008). Este deterioro progresivo y lineal de la salud a medida en que se desciende en la posición social, ha sido denominado como el «gradiente social de salud» (Marmort, 2004). Por tanto, cuanto más baja sea la situación socioeconómica peor será el estado de salud, independientemente del nivel de ingreso de cada país. No obstante, a pesar de que la magnitud y extensión del gradiente social de la enfermedad puede variar de un país a otro, este es un hecho universal. A este respecto, un seguimiento longitudinal llevado a cabo durante varios años en la salud de las poblaciones de Florencia, Leghorn y Turín evidenció que la mortalidad se incrementaba linealmente a medida que el grado de desventaja social aumentaba. Esto ocurría tanto si la desventaja social se mide por las características de los individuos, como la educación, el empleo o la clase social, como si se mide por el carácter más o menos deprimido de la zona en la que viven (Costa, Spadea & Dirindin, 2002). También este gradiente social de salud se expresa en términos de *déficit* de salud, es decir en el número de vidas que se habrían salvado si todos los grupos de la sociedad disfrutaran del mismo grado de salud que el grupo más favorecido (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Por tanto, las diferencias en la salud que se producen en las personas y en las poblaciones responden a cómo las sociedades se organizan políticamente y socialmente. De tal modo que, la distribución de las enfermedades no dependen del azar, ya que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica de las sociedades (Segura, 2013). De ahí que, realmente, y comparativamente, sean pocas las enfermedades cuya génesis se deben estrictamente a factores genéticos. Estas diferencias en la salud, en la que sus causas se deben a razones que van más allá de los aspectos genéticos y biológicos individuales se les denominan «desigualdades sociales en salud» (OMS, 2008). Dicho concepto ha sido definido como «las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que conlleva a que los colectivos más favorecidos presenten una salud mejor que el resto de la población» (Whitehead & Dahlgren, p., 2006). Por tanto, refiere al impacto que tiene sobre la distribución de la salud y la enfermedad factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo étnico, el sexo, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive, las condiciones del trabajo o se trabaja

(Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez & García-Altés, 2008). No obstante, cabe mencionar la pertinencia de distinguir entre «variaciones en salud» con «desigualdades sociales en salud», pues mientras que no todas las variaciones en la salud son evitables, y por tanto injustas, todas las desigualdades en salud sí (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Según la OMS (1946) el término desigualdad refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Dicha definición por lo tanto incluye una dimensión moral o ética respecto a la salud pues: “[...] toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr en su sociedad” (OMS, 1946). La salud ocupa un papel fundamental en los derechos humanos y está directamente relacionada con el bienestar de la población. Asimismo, la salud es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como una mejor educación o un empleo. En palabras de Amartya Sen (2002, p.257) la salud es: “Una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades”. De ahí que, la existencia de diferencias sociales en la salud, y en sus determinantes, contradice y pone en entredicho los valores aceptados de la equidad y la justicia social (Kawachi, Subramanian & Almedia-Filho, 2002).

En cuanto a las desigualdades sociales, en salud se distinguen tres rasgos que, al combinarse, convierten las meras variaciones o diferencias de salud en desigualdades sociales en salud (Whitehead & Dahlgren, 2006). En primer lugar, se halla la existencia de un patrón sistemático en las diferencias de salud. De tal modo que, dichas diferencias en salud y en la enfermedad no se distribuyen de manera aleatoria, sino que presentan un patrón que se repite en toda la población. Por ejemplo, son especialmente llamativas las que se observan entre diferentes grupos socioeconómicos. En segundo lugar, la existencia de procesos sociales que dan lugar a diferencias en la salud no determinadas por factores biológicos, por lo que esa desigualdad en salud no es fija ni inevitable. En este sentido, al ser procesos sociales los que generan esas diferencias puede actuarse sobre ellas para modificarlas. Y, el tercer rasgo, es que las desigualdades sociales son diferencias que la mayoría se consideran injustas, porque son generadas y mantenidas por lo que han denominado “condiciones sociales injustas”, poniendo en cuestión las nociones comunes de justicia (Evans & Peters, 2001).

Asimismo, puede constatarse cinco características fundamentales de la desigualdad en salud (Benach, Muntaner, Vergara & Sridharan, 2009): 1. Ubicuidad: está presente en todos los países. 2. Magnitud: su impacto es enorme. 3. Gradualidad: se extiende a lo largo de toda la escala social. 4. No reducción de la desigualdad: en la medida en que una gran mayoría de casos de estas desigualdades se mantienen o aumentan. 5. Adaptabilidad social e histórica: pues bien sea en el uso de los servicios sanitarios o en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de “estilos de vida” que comportan un riesgo para la salud, los grupos sociales más privilegiados son quienes se benefician antes y en mayor proporción de las políticas e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud.

El estudio de los factores sociales que determinan la salud no es una cuestión reciente, como bien refleja la obra *El suicidio* del sociólogo Durkheim (1897), al señalar que se trataba de un fenómeno más social que individual, y que por tanto las razones que explicaban las grandes variaciones existentes entre las comunidades se debía a factores más sociales como la cohesión social, la conciencia religiosa, etc. Sin embargo, tan solo hasta hace tres décadas proliferan los estudios llevados a cabo en este área de investigación. Pero a pesar de este incremento, aún sigue siendo muy limitado el conocimiento actual en este campo. Un referente clásico en este campo de estudio fue el famoso *Informe Black* (1982), publicado en Gran Bretaña a principios de los años 80. Dicho informe supuso un punto de inflexión en la historia moderna del estudio de las desigualdades sociales en salud en la medida en que puso de manifiesto, entre otras cuestiones, las diferencias existentes en las tasas de mortalidad por clases sociales, en ambos sexos y en todas las edades. Posteriormente, en esta línea de trabajo sobre las desigualdades sociales en salud, también se ha evidenciado como determinante de la salud, las desigualdades que existen respecto al uso de los servicios sanitarios, y en particular en los servicios preventivos. Por ejemplo, autores/as como Lourdes Lostao (2000; 2002) y Enrique Regidor (2011) han desarrollado toda una línea de investigación al respecto.

En la actualidad existe evidencia científica consistente para poder afirmar que los factores sociales de una determinada sociedad influyen y condicionan la salud de su población. A estos se les ha denominado «determinantes sociales de la salud». De modo que, ello nos lleva a la reflexión sobre ¿es el contexto social o por el contrario la mera elección personal quién modula las conductas de salud, y por tanto el VIH?, ¿el mal estado de salud, o de padecer VIH, es resultado de la falta de oportunidades para elegir un determinado estilo de vida o es la consecuencia de elecciones libres, individuales y voluntarias?, o ¿es una combinación de factores biológicos, individuales y sociales?

El concepto de «determinantes sociales de la salud», ha sido definido por la OMS (2008) como «las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud». Ahora bien, dichas condiciones están definidas por la distribución del dinero, del poder y de los recursos tanto a nivel mundial, nacional como local, y dependen a su vez de las opciones políticas (Segura, 2013). Según Benach, Vergara y Muntaner (2008) consiste en un concepto que reconoce que las personas enferman y mueren en función de la desigual forma en que nacen, viven, trabajan, etc. De tal modo que, cada persona incorpora en su cuerpo, desde que nace hasta que muere, los determinantes sociales de la salud; y estos son "naturalizados" en la biología del cuerpo y expresados, en última instancia, a través del estado de salud de las personas. Por tanto, los determinantes sociales de la salud refieren al amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva de una sociedad.

A este respecto, se han elaborado diferentes modelos teóricos para explicar la interacción entre factores determinantes y la salud. Recientemente la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

creada por la OMS, basándose en los distintos modelos existentes, ha adaptado y elaborado un marco conceptual sobre las relaciones causales de los determinantes sociales de la salud (véase Figura 3). Dicho modelo explicativo teórico va a ser el que se adopte en la tesis para explicar la relación entre factores sociales y desigualdades en salud. Cabe mencionar que la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (en adelante CDSS) en el año 2005 implicó un reconocimiento a nivel internacional, institucional y científico sobre la influencia de los factores sociales en la salud, sin precedentes, frente al paradigma dominante biomédico.

Grosso modo se distingue entre dos tipos de determinantes de la salud: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Los primeros tienen que ver con aquellos factores que directamente afectan a la estratificación social y la distribución del poder, y por tanto estos se encuentran en el contexto político y socioeconómico. Asimismo dentro de estos factores estructurales se hallan ejes de desigualdad como la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza, y el territorio de procedencia o de residencia. Estos ejes de desigualdad van a determinar las jerarquías de poder en la sociedad, y por tanto van a repercutir en las oportunidades para tener una buena salud a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios. En segundo lugar están los determinantes intermedios que incluyen a los recursos materiales, como son las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial), la carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado de las personas, el nivel de ingreso y la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos, junto con la posición de poder, tienen un impacto en la salud, tanto directo como indirecto, e influyen en procesos psicosociales tales como la falta de control, la autorrealización o el afrontamiento de las situaciones de estrés, así como en las conductas individuales que repercuten en la salud. Finalmente, aunque los servicios sanitarios en sí mismos no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores (a igual necesidad) para los grupos sociales menos favorecidos.

Fig. 3. Modelo explicativo de los Determinantes sociales de la salud



Fuente: CDSS (2007)

También otro aspecto a tener en cuenta respecto a la relación que se establece entre factores sociales y salud es que dicha relación es bidireccional. De tal modo que, si la desigualdad genera enfermedad, dicha enfermedad a su vez también genera mayor desigualdad. En palabras de Ortún (2000, p. 68) se produce, por tanto, un círculo cerrado de mayor desigualdad y empobrecimiento al que llama la “trampa de la pobreza”, y esto se debe a que cuando una persona con escasos recursos económicos enferma se ocasiona una disminución en sus ingresos pues queda incapacitado para trabajar. Asimismo, esta persona dispondrá de menos oportunidades, y en muchos casos de un acceso más complicado a la asistencia sanitaria, cuyos gastos tienen más impacto en él que en las personas con recursos.

En el 2008 la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud publica el informe *Subsanar las desigualdades en una generación*. Dicho informe supuso un hito en la sistematización del abordaje de los determinantes sociales de la salud, y un punto de partida para situar este tema en la agenda internacional. En este informe por primera vez se acuña el término “las causas de las causas” para referirse a aquellos factores sociales, económicos, culturales y políticos que dañan la salud de las personas y que anteceden a la generación de las causas más próximas al organismo (OMS, 2008). En este sentido, “las causas de las causas” son aquellas que hacen que un grupo social tenga más probabilidad de padecer una enfermedad o de morir a una edad o de tener una esperanza de vida determinada. En contraposición al talante cauteloso de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud respecto a los factores políticos, Benach et al. (2008, p.25) hacen referencia al término “las causas de las causas de las causas” con el objetivo de hacer más énfasis en dicho aspecto:

“La desigual distribución del poder político y económico, donde países ricos, grandes empresas, las clases sociales capitalistas financieras e industriales, gerenciales y profesionales, los hombres, los grupos étnicos y los blancos poseen un poder enorme que condiciona la generación de determinantes sociales que a su vez influirán en los servicios de salud, las conductas, la biología de las personas y finalmente en la mayor o menor probabilidad de enfermar y morir según cual sea la clase social, el género, la etnia, el *status* migratorio, la edad, el territorio o, incluso la identidad personal, cultural o nacional”.

Ahora bien, esta aproximación de la enfermedad sobre sus determinantes sociales entra en conflicto con la visión dominante biomédica, la cual centra sus causas en la genética, en las elecciones individuales, en los malos hábitos y en el acceso a los servicios sanitarios. Respecto a estos dos últimos elementos, cabe señalar que tanto el estilo de vida como los servicios de salud son consecuencia directa de la sociedad en la que se vive y, por ende, estarán condicionada por las causas de las causas.

En síntesis, las desigualdades sociales en salud están directa o indirectamente generadas por factores sociales, económicos y ambientales, así como por estilos de vida sensibles a factores estructurales. Por tanto, el origen de las desigualdades en salud se deriva de este conjunto de determinantes sociales,

económicos y políticos que anteceden a la generación de las causas, es decir la desigual distribución en el poder económico y social existente entre (y dentro) de los países condicionan las políticas sociales y económicas, y que a su vez influye en la salud de las personas. De tal modo que los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en el vínculo entre desigualdades sociales y salud.

Por lo tanto, tal y como señala Benach y Muntaner (2005), la mayor epidemia y más devastadora del siglo XXI no son las enfermedades y sus propias epidemias, no es la tuberculosis, ni la malaria ni el sida, sino las desigualdades sociales en la salud.

1.1.4.1.1. LA PANDEMIA DEL VIH: UN EJEMPLO DE DESIGUALDAD GLOBAL EN SALUD

La pandemia del VIH constituye, además de ser una de las enfermedades transnacionales existentes en la globalización así como una de las principales amenazas para la salud global, un exponente claro de desigualdad global en salud.

A pesar de las mejoras producidas en la última década en la lucha contra la epidemia, los datos epidemiológicos continúan reflejando cifras alarmantes. Respecto a los avances, cabe señalar la disminución de la incidencia en un 19%, debido al descenso producido en los casos nuevos de niños infectados gracias a la extensión de la prevención vertical madre-hijo a la población, o el aumento del porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral en un 30% por la mejora en la accesibilidad del tratamiento, así como la disminución del porcentaje anual de fallecimientos que se producen a consecuencia del sida (ONUSIDA, 2011). Sin embargo, a pesar de todas estas mejoras, más de 34 millones de personas a finales del año 2013 vivían con el virus en el mundo, y al día ocurren aproximadamente 7000 casos de nuevas infecciones y al año fallecen por consecuencia del sida una media de 1.800.000 personas, y se calcula que quedaron huérfanos 12 millones de niños (ONUSIDA, 2012).

Ahora bien, estas dramáticas cifras no se distribuyen por igual ni equitativamente, pues no todos los países padecen de epidemia ni tampoco todos los que la sufren tienen el mismo nivel de prevalencia. Por ejemplo, basta con observar el dato de que muchos países con economías desarrolladas están ausentes en los informes mundiales de ONUSIDA. Del tal modo que, ¿significaría ello, en términos de Beck (1998), que la pandemia, al igual que el riesgo, sigue al pobre?

Según el último informe de ONUSIDA (2014), en la actualidad la mayoría de los países que padecen de epidemia del VIH corresponden con países que tienen una economía en vías de desarrollo y por tanto presentan IDH bajo y medio. Tal y como a continuación se expone en la Tabla 4 los diez países del mundo con las tasas más altas de prevalencia corresponden con los países con IDH bajo-medio.

Tabla 4. Relación entre la prevalencia de VIH y IDH

PAÍSES	Prevalencia de VIH en adultos	IDH
Swazilandia	28,3%	0,5
Lesotho	24,7%	0,4
Botswana	24,4%	0,6
Sudáfrica	18,4%	0,6
Namibia	15,2%	0,6
Zambia	13,7%	0,5
Mozambique	12,6%	0,3
Malawi	11,4%	0,4
Guinea Ecuatorial	9,7%	0,5
Uganda	8,4%	0,3

Fuentes: Elaboración propia a partir de ONUSIDA y PNUD (2014)

La distribución de la pandemia en los países pone de manifiesto una tendencia clara: cuanto menor es el desarrollo económico y social de un país mayor es su prevalencia en VIH. De tal modo que, no es de extrañar, que los países de África Subsahariana o de Asia presenten niveles de epidemia generalizada³² de VIH (ONUSIDA, 2012). A nivel mundial, estos países tienen los indicadores más altos de pobreza multidimensional (PNUD, 2010). Por ejemplo, si nos atenemos al país que presenta el peor indicador de desarrollo humano en el mundo, Nigeria (0,33) (PNUD, 2014) se pone de manifiesto que es el segundo país del mundo donde viven más personas con todas las edades con VIH (3.800.000) (ONUSIDA, 2014). En contraposición, países como Luxemburgo con indicadores de desarrollo humano muy alto (0,88) (PNUD, 2014) es de los países que tiene menos población con VIH (1.500) (ONUSIDA, 2014).

De modo que las cifras de casos más elevados se dan en los países con menor desarrollo social, soportando casi el 90 % del total de la prevalencia del VIH a nivel mundial. La epidemia supone en estos países uno de los principales problemas de salud pública. De ahí que los planes estratégicos de prevención

³² Una epidemia generalizada es una epidemia que se sostiene por sí sola a través de la transmisión heterosexual. En una epidemia generalizada, la prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a una clínica prenatal suele ser superior a 1% (ONUSIDA, 2002).

así como la provisión de cobertura asistencial para el tratamiento constituyan prioridades en las políticas nacionales de estos Estados. Ahora bien, la epidemia del VIH no solo supone un reto a nivel de políticas públicas, sino que también implica una amenaza para la democracia y gobernabilidad del sistema político de estos países. En relación a esta última cuestión el Instituto para la Democracia en Sudáfrica ha publicado un informe en el que detalla cómo la epidemia del VIH y sida tiene un impacto negativo en los procesos electorales de estos países (INDASA, 2004).

Por tanto, la epidemia no solo implica un problema médico y sanitario sino que también constituye uno de los principales obstáculos para su desarrollo económico y social. Por ejemplo, debido al gran porcentaje de personas adultas que fallecen a consecuencia del sida, los países pierden sus jóvenes más productivos para el desarrollo de su economía. La productividad de la economía también desciende debido a que las personas enfermas de sida o las personas que cuidan a estas personas seropositivas dejan de trabajar. Asimismo, el sistema educativo de estos países se ve afectado por el porcentaje de profesores/as que fallecen a consecuencia del sida, situación que está suponiendo una pérdida importante de la población con más formación. De igual modo, el gasto sanitario que se genera por la provisión de servicios sanitarios a las personas que viven con VIH y con sida implica restricciones presupuestarias en la inversión del gasto público en otros sectores para promover el desarrollo social y económico de estos países. Por ejemplo, en relación a esto último, el PNUD ha calculado que en Botswana los ingresos del sector público disminuyeron en un 20% en el año 2010 como resultado directo del VIH y sida (PNUD, 2010).

Las consecuencias de la epidemia también están siendo devastadoras para la economía doméstica de los hogares de estos países. Las familias al perder “el cabeza de familia” –el responsable de llevar los recursos económicos al hogar–, pierden los ingresos, empeora la nutrición, disminuye la producción agrícola, aumenta el gasto de atención médica, el ahorro se convierte en deuda, se disparan los gastos funerarios, los niños abandonan la escuela, se degrada el estado de salud de la persona, etc. Por ejemplo, un estudio realizado en Zambia muestra que dos terceras partes de los hogares urbanos que han perdido su principal cabeza de familia como consecuencia del sida han sufrido una pérdida de ingresos de un 80%. El mismo estudio reveló que el 61% de esas familias se trasladaron a viviendas más baratas, el 39% perdió la disponibilidad de agua potable y el 21% de las muchachas y el 17% de los muchachos abandonaron sus estudios escolares (PNUD, 2002).

Finalmente, el alcance de la epidemia en estos países está incrementando y profundizando la pobreza y las desigualdades sociales que existen, invirtiendo, por tanto, la tendencia de su desarrollo humano. De ahí que, la epidemia del VIH y sida haya pasado a ser uno de los aspectos centrales y claves en las estrategias de reducción de la pobreza de las políticas nacionales de estos países (PNUD, 2002). Dichas estrategias se están convirtiéndose en el principal instrumento de planificación nacional en muchos países. Ello está situando al VIH y sida en el centro de los procesos de planificación del desarrollo nacional y de asignación presupuestaria de los Estados. Lo cual conlleva a facilitar la creación de una

política adecuada y dotada de recursos necesarios para dar una respuesta amplia y multisectorial del problema del VIH.

En términos globales, la mayor prevalencia de la pandemia en países con indicadores humanos bajos incrementa la injusticia social y acentúa las desigualdades entre Norte-Sur. De modo que, la respuesta al VIH y sida y la lucha contra la pobreza se convierten en una misma batalla. Por ello, en los ODM, tal y como se verá en el apartado siguiente, se contempla como requisito imprescindible para salir de la pobreza en determinados países enfrentarse con eficacia a la epidemia del VIH y sida. De ahí que, la eliminación del VIH y sida se haya establecido como el sexto ODM (ONU, 2000).

1.2. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO: UNA RESPUESTA INSTITUCIONAL A LAS CONSECUENCIAS DE LA GLOBALIZACIÓN

La cooperación internacional debiera sustentarse, en consecuencia, en la creciente conciencia respecto a la existencia de una responsabilidad internacional colectiva, que precisa iniciar toda una revalorización de la cooperación para el desarrollo, así como en la convicción de que el progreso de los países en desarrollo resultará beneficioso para el propio desarrollo global de la economía mundial, así como para el logro de los objetivos deseables de extensión de la paz y seguridad internacionales (Ulloa, 2007).

1.2.1. INTRODUCCIÓN

La globalización ha intensificado, sin precedentes, las relaciones internacionales y la interconexión establecida entre los países, evidenciando las inequidades y desigualdades existentes, y visibilizando al mundo de forma inmediata y cercana, bien sea a través del escaparate de las telecomunicaciones o por los transportes de comunicación, la persistencia de la pobreza e injusticia mundial. Asimismo, la globalización ha acentuado las repercusiones que pueden tener los hechos ocurridos en un país en el resto de los países, aunque dichos acontecimientos se hayan producido en lugares remotos y fuera de sus fronteras.

De tal modo que, si bien las acciones de cooperación internacional que se iniciaron hace más de seis décadas tuvieron su razón de ser en el hecho de que las relaciones internacionales por sí mismas, ya fueran políticas, comerciales, financieras, tecnológicas, etc., no garantizaban un desarrollo equitativo de los países, ni de los diferentes sectores económicos, hoy más que nunca, debido al incremento de la brecha existente entre Norte-Sur así como de las desigualdades sociales producidas en todo el planeta –lo cual ha dado lugar a un replanteamiento de la clásica relación centro-periferia tal y como ha sido analizado en los apartados anteriores–, se hace más necesario intensificar las acciones de carácter compensatorios en el ámbito de la Cooperación Internacional al Desarrollo con el objetivo de construir un mundo más justo,

equitativo y estable. No obstante, cabe señalar que desde los años ochenta, la Cooperación Internacional al Desarrollo está inmersa en un proceso de reflexión y revisión de sus modalidades de actuación (Mesa, 2006). Y uno de los motivos de ello ha sido el cuestionamiento generado sobre su eficacia para poder lograr sus propósitos y objetivos. Asimismo, en palabras de Ulloa (2007, p.13): “Este debate se encuentra estrechamente vinculado con la polémica, mucho más amplia, sobre el proceso de globalización y, en ese contexto, sobre los principios, las normas e instituciones en las que estará basado el futuro orden internacional”.

Por excelencia, uno de los ámbitos de actuación de la Cooperación Internacional al Desarrollo, dado el impacto que tiene en la pobreza, es la mejora de la salud de las poblaciones. Específicamente el VIH, tal y como queda materializado en los ODM, representa un área preferente de intervención en la eliminación de la pobreza e injusticia mundial. Por tanto, tal y como ha sido señalado en párrafos anteriores, la lucha contra el VIH y la pobreza se convierten en una misma batalla; constituyen por tanto dos cara de una misma moneda. En este sentido, dado que el VIH constituye en sexto ODM, el estudio de caso ESEVIGUE llevado a cabo, y que será descrito en este trabajo, tiene su razón de ser en el marco institucional de Cooperación Internacional al Desarrollo entre España y Guinea Ecuatorial. Por tanto, para la construcción del marco teórico del objeto de estudio de la tesis es necesario revisar algunos de los aspectos sobre la Cooperación Internacional al Desarrollo, tal y como se expone a continuación.

1.2.2. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL: CONCEPTUALIZACIÓN, ORIGEN Y DESARROLLO

Ahora bien, a la hora de aproximarse teóricamente a este campo de estudio, cabe preguntarse ¿qué se entiende por Cooperación Internacional al Desarrollo? En relación a esta cuestión, un primer aspecto a tener en cuenta es que con frecuencia se emplea, erróneamente, distintos vocablos como sinónimos. Tal y como son los casos de «cooperación», «ayuda oficial al desarrollo», «ayuda humanitaria», etc. El término que quizá haya sido utilizado más profusamente como sinónimo, y sobre el cual tenga más relevancia matizar la diferencia entre sus significados, sea el término de Ayuda Oficial al Desarrollo. De tal modo que si nos atenemos a la definición clásica del término de Cooperación Internacional al Desarrollo, dada por los autores Sanahuja y Gómez (1999, p.17) como «el conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el norte y resulte sostenible», en contraposición con la definición de Ayuda Oficial al Desarrollo más aceptada, que fue adoptada por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE en 1971, como «los flujos que las agencias oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o sus agencias ejecutivas, destinan a los países en desarrollo y a las instituciones multilaterales», se evidencia una gran diferencia; mientras que en la

Cooperación Internacional al Desarrollo sus actores no tienen por qué ser del sector público, en la Ayuda Oficial al Desarrollo es una condición *sine qua non*.

Asimismo, según López y Molina (2000), otro aspecto importante en su aproximación teórica, es tener en cuenta una perspectiva histórica de su desarrollo, ya que su significado puede variar según sea la etapa en la que se encuentre. Por ejemplo, una primera y tradicional acepción de la Cooperación Internacional al Desarrollo, ligada a los orígenes de la misma, queda limitada a las ayudas de tipo asistencial y humanitaria. Y, en este sentido, señalan los autores que es importante tener presente la evolución ideológica que desde sus inicios hasta la actualidad ha ido atravesando la Cooperación Internacional al Desarrollo, pues los diferentes significados que ha podido adquirir ha dependido, en gran medida, de las distintas concepciones que se han mantenido sobre el subdesarrollo de los países. De tal modo que durante las etapas de su desarrollo, se alternan y predominan distintas visiones sobre la cooperación internacional que va a depender de las *teorías sobre el desarrollo* en las que se sustenten. Estas teorías fueron expuestas en el tercer apartado de la tesis.

En cuanto al origen, algunos autores sitúan sus antecedentes en el embrionario sistema de cooperación internacional que se gestó a finales del siglo XIX, dado que la creación de organismos internacionales que antecedieron a la actual ONU, pusieron de manifiesto la voluntad de las naciones por cooperar conjuntamente en relación a diversos temas como la defensa, las comunicaciones, etc., en beneficio de sus poblaciones (Albuquerque, 1991). Por ejemplo, nótese que la creación de Comisiones fluviales para regular la navegación de determinados ríos internacionales, o la creación de Uniones administrativas para canalizar de forma permanente acciones concertadas entre diferentes Estados sobre determinados aspectos técnicos, o la constitución de la propia Sociedad de Naciones, representan por tanto la existencia de una cooperación multilateral y la creación incipiente de estructuras orgánicas para su coordinación y ejecución. Posteriormente, ello derivaría en el establecimiento de regímenes internacionales en áreas que ponen de manifiesto los intereses de los Estados para relacionarse con el objetivo de cooperar, sentando por tanto las bases institucionales de la cooperación internacional (Ulloa, 2007). Estos regímenes internacionales aparecen como instancias de coordinación de la cooperación internacional en diferentes campos, en las que los Estados crean un marco jurídico y organizacional con la adopción de estatutos para la consecución de fines y objetivos. Por tanto, los regímenes internacionales incorporan a un grupo de Estados en instituciones que se rigen por principios, normas y reglas y procedimientos en torno a los cuales convergen sus expectativas en un área temática dada, por lo que los regímenes internacionales abarcan elementos de estructura, pero también del proceso al que dan vida dentro del sistema internacional (Ulloa, 2007).

Ahora bien, en cuanto a la institucionalización propiamente dicha de la Cooperación Internacional al Desarrollo, existe consenso en ubicar su origen en 1945 con la creación de la ONU. En la carta

constitutiva de la ONU (1945), concretamente en el apartado 3 y 4, se alude por primera vez a la idea de cooperación internacional en diferentes ámbitos:

“3. Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión; 4. Servir de centro que armonice los esfuerzos de las naciones por alcanzar estos propósitos comunes”.

Cabe recordar que la razón de ser del nacimiento de la ONU principalmente fue, tras el fracaso de la Sociedad de Naciones al no poder evitar dos guerras mundiales, mantener la paz internacional. Por tanto, el concepto inicial de cooperación internacional nace de la mano de este fin último.

Asimismo, un hito importante en el proceso de institucionalización de la Cooperación Internacional al Desarrollo, fue la conferencia de *Bretton Woods* celebrada en 1944, en la cual se sentaron las bases del nuevo modelo de cooperación económica internacional tras la depresión económica vivida en el 1929 y, en general, tras la crisis acontecida durante los años 30. De ahí nacieron, por tanto, el Banco Monetario Internacional de Reconstrucción y Fomento, que posteriormente pasará a ser el BM, y que en sus inicios estaba vinculado a la tarea de reconstrucción económica de Europa en la posguerra, y el FMI cuyo objetivo fue de mantener la estabilidad y el equilibrio en la balanza de pago entre los países miembros para mantener la liquidez del sistema financiero internacional. Posteriormente se unirá a esta estructura internacional el Acuerdo General sobre Aranceles de Aduana y Comercio (en adelante GATT). Hay que mencionar también, por la importancia en la creación del régimen internacional de cooperación, la Conferencia de París celebrada en 1947. En dicha conferencia, los países receptores del Plan Marshall crearon la Organización para la Cooperación Económica en Europa, la cual trece años más tarde se convertiría en la OCDE. En la actualidad, dicha organización, es clave para la estructura institucional de la cooperación internacional y, por tanto, cabe señalar la puesta en marcha de una de sus primeras líneas de trabajo: la cooperación internacional para el desarrollo.

Ahora bien, el principio fundamental que regía la cooperación durante este periodo fue el mantenimiento de la paz así como mantener la estabilidad financiera internacional. Y durante esta época, no cabe duda que la cooperación internacional, y especialmente la Cooperación Internacional al Desarrollo, vivió una etapa de esplendor y desarrollo sin precedentes, en la cual organismos, agencias y programas creado por la ONU adquieren un compromiso con la causa de los países menos favorecidos, sentando por tanto las bases institucionales de la actual Cooperación Internacional al Desarrollo (Alburquerque, 1991).

No obstante, cabe mencionar que desde su institucionalización hasta la actualidad, el desarrollo de la Cooperación Internacional al Desarrollo se ha caracterizado tanto por etapas de gran dinamismo y

creciente trascendencia mundial como por en etapas de recesión y crisis, tal y como refleja la crisis que actualmente sufre.

En cuanto a su desarrollo se han establecido cinco etapas bien diferenciadas (Boni, 2010):

- 1) **Periodo años 50-70:** Etapa que está marcada fundamentalmente por el contexto político de la Guerra Fría, el crecimiento económico tras la II Guerra Mundial, liderado fundamentalmente por EE.UU., y el proceso de descolonización. Cabe recordar la importancia que tuvo el *Plan Marshall* en Europa tras la II Guerra Mundial pues representa el primer modelo de desarrollo de cooperación, y por tanto será implementado durante este periodo de desarrollo de la Cooperación Internacional al Desarrollo en los países subdesarrollados tras el proceso de descolonización. Desde el punto de vista de las *teorías del desarrollo*, la cooperación internacional llevada a cabo en esta primera etapa estuvo fuertemente influenciada por la «teoría de la modernización» y la «teoría de la dependencia». Ahora bien, a pesar de que ambos paradigmas tienen enfoques contrapuestos, coincidían en una premisa de partida que condicionará la práctica de la cooperación durante este periodo: el desarrollo se alcanzaría a través del crecimiento económico (Sanahuja, 2007). Por tanto, en consonancia con la visión sobre el *desarrollo y subdesarrollo* que mantienen estas teorías, se desarrolló y consolidó toda una estructura institucional con la finalidad práctica de transferir los recursos financieros y técnicos a los países subdesarrollados para que estos pudieran llevar a cabo su desarrollo económico. Y un ejemplo de ello es el surgimiento de la Ayuda Oficial al Desarrollo durante este periodo. A este respecto, en numerosos análisis se ha señalado que las acciones y proyectos de cooperación llevados a cabo por las grandes potencias tenían el objetivo político-ideológico de afianzar o expandir sus alianzas con los países receptores de la cooperación (Albuquerque, 1991). De ahí que, los programas de ayuda exterior no fueron otra cosa que un subproducto de la guerra fría. La confrontación ideológica entre Este-Oeste habría determinado el destino real de los flujos de ayuda. De tal manera que quedaban asignados de acuerdo a criterios geoestratégicos, buscando en último término el establecimiento de zonas seguras (Griffin, 1991). En cuanto al proceso de institucionalización de la cooperación llevado a cabo durante esta etapa, cabe resaltar la creación en los años 60 del Grupo de Ayuda al Desarrollo, que nace como un foro de donantes en el seno de la OCDE, y que posteriormente cambiaría su nombre por el Comité de Ayuda al Desarrollo. Ahora bien, las estructuras institucionales creadas en esta época tenían como objetivo principal asegurar la estabilidad política, el crecimiento económico, y la justicia social. También cabe mencionar que en los años 70 nacen los primeros instrumentos de cooperación, surgidos principalmente para regular la relación de la Comunidad Económica Europea con sus excolonias. Por tanto, los proyectos de cooperación al desarrollo llevados a cabo estuvieron centrados, en gran parte, en el componente tecnológico y en la creación de infraestructuras.

Sin embargo, paralelamente a esta visión dominante sobre la cooperación internacional, surge otra visión, que sale al debate público en la primera conferencia de la ONU sobre el Comercio y Desarrollo. En dicha conferencia los países del tercer mundo reclaman a los países desarrollados adoptar un nuevo modelo de cooperación internacional. Este modelo de cooperación debía dar prioridad a establecer y regular unas relaciones comerciales que asegurasen unos precios equitativos y estables de sus productos y que les facilitara el acceso al mercado mundial. De tal modo que en este contexto surge la «teoría de la dependencia», pues está muy ligada a muchos aspectos que se discutieron en las conferencias, tal como fue la cuestión del sistema capitalista centro periferia.

- 2) **Periodo años 70:** La Cooperación Internacional al Desarrollo en este periodo va a estar marcada por la recesión económica mundial que se vivió en esta década como consecuencia de las dos crisis del petróleo que acontecieron en 1973 y 1979, y las sucesivas devaluaciones del dólar con repercusiones para todos los países. En concreto, para los países en desarrollo, esta recesión económica implicó un freno en su proceso de modernización, pues por un lado en términos de cooperación, la relación Norte y Sur que se había establecido en la etapa anterior se modifica debido a que los países desarrollados centran sus prioridades en salir de la crisis, dejando en un segundo plano los compromisos adquiridos en el campo de la cooperación internacional. Y por otro, los países subdesarrollados, que en su mayoría no eran productores de petróleo sufrieron una disminución de las importaciones afectando por tanto su proceso de modernización.

De tal modo que finalmente estas crisis se tradujeron en un importante incremento de las desigualdades existentes entre los países ricos y los países pobres.

Asimismo, en este segundo periodo por primera vez se cuestiona las estrategias de cooperación llevadas a cabo, ya que tras veinte años en su implementación se constata que la relación directa que se esperaba entre crecimiento económico y salida del subdesarrollo no se había producido. De tal modo que, se invalida el enfoque que hasta entonces había predominado, la «teoría de la modernización», y se adopta un enfoque de la cooperación orientado hacia las «teorías de desarrollo estructuralistas», y en concreto basado en la «teoría de las necesidades». Dicha teoría por primera vez saca a la luz la importancia de la calidad de vida de la población. Por tanto, se inicia una etapa en la que se consideran los aspectos sociales del desarrollo, tal y como refleja la publicación de la obra *Redistribución con crecimiento* en 1974 por el BM. Por otro lado, herederos de las «teorías de la dependencia», va gestándose un movimiento intelectual y político a favor de la introducción de cambios profundos en las relaciones económicas internacionales establecidas con el propósito último de alcanzar el desarrollo equitativo entre los países. De tal modo que demandan un Nuevo Orden Económico Internacional que defienda el control sobre sus recursos naturales y sobre las inversiones extranjeras. Fruto de ello en la VI Sesión Extraordinaria de la

ONU se adopta la Declaración del Nuevo Orden Económico Internacional. En dicha declaración se adoptan medidas encaminadas a regular el mercado mundial, a través de la creación de un nuevo sistema monetario internacional universal –hay que recordar que tras las continuas devaluaciones del dólar el sistema monetario internacional ideado en la Conferencia *Bretton Woods* había hecho mella–, con mecanismos que garantizaran la participación de todos los países.

En cuanto a los instrumentos de cooperación empleados en este periodo, al igual que en la anterior etapa, el proyecto sigue siendo el vehículo de ayuda para la cooperación. Tan solo cabe mencionar un aspecto nuevo y es el hecho de que las agencias donantes empezaron a adoptar el ciclo del proyecto como instrumento para la gestión de los proyectos de desarrollo (Boni, 2010).

Durante este periodo cabe resaltar que si bien los bancos multilaterales de desarrollo como el BM nacieron con el propósito de financiar intervenciones directas en los países en desarrollo, especialmente para los proyectos de inversión en infraestructuras. Esta forma de proceder se vio considerablemente alterada como consecuencia de la crisis de los años setenta, que hizo que la actividad de estas instituciones se desplazara de operaciones más singulares a operaciones más agregadas, de respaldo financiero a programas sectoriales y macroeconómicos de ajuste y reforma económica.

- 3) **Periodo años 80:** Este periodo ha sido denominado como “la década pérdida del desarrollo”. La crisis de la deuda externa, producida especialmente en América Latina y África, condiciona este periodo de la Cooperación Internacional al Desarrollo, abriéndose un intenso debate sobre su eficacia. La crisis de deuda externa es una consecuencia de la recesión económica mundial vivida en los setenta, ya que el incremento que se produjo en los precios dio lugar a la entrada de la Banca privada en la financiación de los flujos financieros entre Norte-Sur en detrimento de los fondos de carácter público. De tal modo que a partir de 1982 cambiaron las condiciones de financiación y muchos países no pudieron hacer frente a la deuda contraída y de sus intereses. Ello finalmente condujo a que las economías de muchos países deudores entraran en quiebra acentuando aún más las desigualdades existentes entre Norte y Sur. Ante esta situación de crisis se implementan políticas de ajuste estructural como receta económica para salir de la deuda externa. La puesta en marcha de estos *planes de ajuste estructurales* conllevó una disminución del gasto público y, por tanto, un desmantelamiento del Estado y los servicios prestados para el desarrollo. Estas políticas de ajuste estructural fueron llevadas a cabo fundamentalmente por el BM, siendo apoyado por el FMI, dejando en un segundo plano su misión principal: combatir la pobreza. Asimismo en esta época se inicia la preocupación por los efectos sociales que pudieran tener los planes de ajuste, pues ya se hicieron sentir los primeros efectos de estos planes en las capas más pobres. De ahí la publicación de UNICEF del informe *Ajuste Humano con rostro humano* (1978). También ante las condiciones que estaban atravesando algunos países del Tercer Mundo, se

publicó por la Comisión de Brandt el *Informe Un programa para la supervivencia* (1980) que contenía una serie de recomendaciones para la aceleración del desarrollo económico y social de estos países. Asimismo, cabe señalar por las implicaciones que ello tiene para la Cooperación Internacional al Desarrollo el modelo económico de inspiración neoliberal que se desarrolló durante esta etapa, fruto del Consenso de Washington.

Ahora bien, en el campo de la cooperación internacional, la cooperación durante esta etapa sufre una fase de disminución en cuanto a las contribuciones de sus programas voluntarios. Por ejemplo, la adopción de políticas de ajuste estructural y reforma económica promovidas por las instituciones tuvieron los siguientes efectos en materia de cooperación al desarrollo: 1. Los organismos donantes condicionaron la entrega Ayuda Oficial al Desarrollo al cumplimiento de las condiciones que imponían los planes de ajuste estructurales. 2. La incorporación de un enfoque con talante más neoliberal en las políticas llevadas a cabo de los países donantes. 3. Debido a la falta de financiación a nivel local para continuar con los proyectos de cooperación fracasan muchos proyectos.

Asimismo, otro hecho importante acontecido para la Cooperación Internacional al Desarrollo fue *La Declaración sobre el Desarrollo* adoptada por la ONU en 1986. Esta declaración supuso poner en el centro del debate sobre cooperación y desarrollo la importancia de los derechos humanos.

De tal modo que, en términos de desarrollo, esta década pasa a la historia como la “década perdida” y una vez más se constata que aún queda mucho por recorrer para alcanzar el desarrollo.

- 4) **Periodo años 90 hasta el año 2000:** Esta etapa va a estar marcada por el fin de la Guerra Fría, ya que constituye un factor de gran importancia para la cooperación debido a la apertura de un proceso de reorganización del poder y hegemonía política económica y militar a escala mundial. Tras la disolución del bloque socialista, el escenario global desde el punto de vista comercial, económico y político financiero y tecnológico queda dividido bajo la influencia de tres bloques: 1. EE.UU. junto con Canadá y su influencia en América Latina. 2. Europa con su expansión hacia Centro y Oriente y la exURSS extendiendo su influencia en África. 3. Japón con Medio Oriente y el Pacífico y con China como pilar militar. Ahora bien, este nuevo orden tiene grandes implicaciones para la cooperación internacional, en la medida en que el interés de algunas de las grandes potencias por aquellos países más pobres se pierde. Por otro lado, también cabe señalar que tras la caída del muro de Berlín las políticas económicas neoliberales reciben un gran impulso a nivel global. En este sentido, independientemente de donde situemos el origen cronológico de la globalización, no cabe duda que esta recibe un gran desarrollo tras el Consenso de Washington. De tal modo que el BM y FMI, tras el apoyo en la puesta en marcha de las políticas de ajuste estructural, asumen los dictámenes de la globalización económica, pues continúan promulgando la austeridad y la liberalización de los mercados. Inevitablemente ello tuvo su impacto en la

Cooperación Internacional al Desarrollo. Según Sanahuja (1999) el proceso de globalización cambió el sistema internacional de cooperación y pasa a ser un sistema multicéntrico caracterizado por la multiplicación de actores no estatales con una influencia cada vez mayor en el escenario de la cooperación. Por ejemplo, destacan el caso de las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (en adelante ONGD), las empresas transnacionales, universidades, ayuntamientos, etc. Asimismo, otras de las características que adquiere el sistema de cooperación internacional es el fuerte consenso sobre el papel de la cooperación para promover el progreso social y económico así como para promocionar determinados bienes públicos globales como el medio ambiente. Dicho consenso viene a reforzar el enfoque sistémico de cooperación internacional, en la medida en que esta constituye un régimen internacional cuyos componentes fundamentales serían la obligación moral y política de otorgar ayuda.

En cuanto al enfoque teórico sobre el desarrollo que se lleva a cabo durante este periodo, es importante señalar que por primera vez se construye un paradigma alternativo al enfoque predominante sobre el desarrollo que venía estableciéndose: «la teoría del desarrollo humano». Tal enfoque dio lugar a situar al ser humano en el centro del proceso del desarrollo en las estrategias y proyectos de cooperación. Por tanto, el desarrollo será visto como algo referente a las personas y no exclusivamente a los países. En este sentido, la publicación del primer informe sobre el Desarrollo Humano del PNUD juega un papel fundamental al sacar a la luz esta nueva visión sobre el desarrollo, ya que rompe con las estadísticas que hasta entonces se publicaban sobre el tema por el BM basadas en la medición del desarrollo a través del PIB per cápita. También la elaboración del IDH, el cual incluye otras dimensiones y variables del desarrollo no estrictamente económicas viene a reforzar este enfoque. De tal modo que durante esta etapa van a sucederse una serie de conferencias globales, Conferencia del Rio de Janeiro (1992), Conferencia de Viena (1993), Conferencia de Beijing y la de Copenhague (1995), donde se reflexiona sobre las dimensiones – sostenibilidad, derechos humanos, igualdad de género, equidad– de este nuevo enfoque sobre el desarrollo.

Ahora bien, un hecho de suma transcendencia para la cooperación internacional que aconteció durante esta época fue la Cumbre del Milenio celebrada a finales del 2000 por la Asamblea General de las ONU, de la cual surge la Declaración del Milenio. En esta cumbre la comunidad internacional, a partir de acuerdos adoptados en las conferencias globales, mencionadas en el párrafo anterior, adopta una visión integral de desarrollo y retoma la agenda del desarrollo. De tal modo que 147 países miembros ratifican su compromiso en la consecución de un mundo más justo, más prospero y más pacífico para el siglo XXI (Gómez, 2007). Asimismo reiteran su compromiso en la defensa de los valores fundamentales de libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respecto a la

naturaleza, responsabilidad común. Y en el campo más específico de la cooperación internacional se fijan:

Tabla 5. Objetivos de Desarrollo del Milenio

OBJETIVOS DEL MILENIO
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
Objetivo 3: Promover la igualdad entre sexos y la autonomía de la mujer
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
Objetivo 5: Mejorar la salud materna
Objetivo 6: Combatir el VIH y sida, el paludismo y otras enfermedades
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Fuente: Gómez (2007)

A cada objetivo se le especifica una meta concreta: Meta 1. Reducir a la mitad el número de pobres. Meta 2. Velar para que todos los niños puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria. Meta 3. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria (preferiblemente antes del año 2005) y en todos los niveles para el 2015. Meta 4. Reducir en dos terceras partes esta tasa. Meta 5. Reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna. Meta 6. Detener y comenzar a reducir su propagación. Meta 7. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente; reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable para el año 2015; mejorar considerablemente la vida de, por lo menos, 100 millones de habitantes para el año 2020. Meta 8. Responsabilizar a los países ricos de asegurar el acceso equitativo a sus mercados y tecnología y de crear un medio financiero favorable. No cabe duda que los ODM colocan la pobreza en primer plano en la agenda del desarrollo y representa una prueba de la voluntad política en aunar esfuerzos y tomar medidas más proactivas para su eliminación. Y a este respecto, y en relación al objeto de estudio de la tesis, cabe señalar que 189 Jefes de Estado expresaron la necesidad de eliminar las enfermedades infecciosas, y en concreto el VIH, dado los beneficios que ello tendría en el desarrollo en todo el mundo. Por ejemplo, ello supondría un aumento en la productividad y en el ingreso así como la disminución en la esperanza de vida. Concretamente se

específica en la necesidad de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH y sida para el año 2015. Tras la aprobación de la Declaración, un año más tarde, los Estados unánimemente aprueban y reiteran su compromiso en la lucha contra el VIH y sida. De tal modo de que la Declaración viene a poner de manifiesto un reconocimiento mundial de los efectos destructivos y generalizados que el VIH y sida genera así como la creencia y la voluntad de que es posible superarlo a través de una mayor acción nacional y acción mundial más intensa.

Ahora bien, en cuanto a esta última década cabe resaltar que la Cooperación Internacional al Desarrollo, en este periodo, está inmersa en un profundo debate. Actualmente los regímenes de cooperación y ayuda al desarrollo se encuentran en crisis debido a las transformaciones acontecidas en el ámbito internacional y la ineficacia mostrada como herramienta para promover el desarrollo de los países (Ulloa, 2007). La *Declaración de París* del año 2005, con su posterior Plan de Acción de Acra, viene a materializar la preocupación por la eficacia de la cooperación internacional y, en concreto, de la Ayuda Oficial al Desarrollo. Y en relación a ello, se acuerda elaborar estrategias de desarrollo operativas por parte de los países receptores y donantes con base a los cinco principios esenciales establecidos: 1. Apropiación: los países socios ejercen una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y estrategias y coordinan acciones de desarrollo. 2. Alienación: los donantes basan todo su apoyo en las estrategias institucionales y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios. 3. Armonización: las acciones de los donantes son las más armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces. 4. Gestión orientada a resultados: administrar los recursos y mejorar las tomas de decisiones orientadas a resultados. 5. Mutua responsabilidad: donantes y socios son responsables de los resultados del desarrollo.

Por otro lado, cabe señalar que desde que se firmó la Declaración del Milenio hasta la actualidad están siendo ratificados todos los Objetivos del Milenio en las conferencias internacionales y globales celebradas, como por ejemplo la Conferencia Ministerial de Doha en noviembre del año 2001, la Conferencia Internacional sobre Financiamiento al Desarrollo de Monterrey en marzo del año 2002 y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de Johannesburg. También la ONU se ha comprometido a que estos OM sean parte fundamental de su labor cotidiana, como bien queda reflejado con la publicación en el año 2003 del informe de PNUD (PNUD, 2003). Y desde entonces se publican evaluaciones de los logros y avances. Asimismo también el BM, FMI ha colocado la pobreza en el centro con la adopción del Marco Integral de Desarrollo que implica un cambio sustancial.

1.2.2.1. ACTORES E INSTRUMENTOS

Si bien hasta finales del siglo XX los actores³³ principales en el escenario de la cooperación internacional fundamentalmente fueron los Estados y los organismos intergubernamentales, en la actualidad el sistema internacional de cooperación al desarrollo está constituido por una variedad de actores de diversa índole (Ulloa, 2007). De tal modo que hoy en día coexisten en el ámbito de la cooperación entidades tanto públicas como privadas, bien sean generales o específicas, en el ámbito local, como nacional e internacional.

Un primer criterio a establecer, *grosso modo*, en la clasificación de los actores en el sistema actual de cooperación internacional es su carácter público o privado bien sean por los países desarrollados o en desarrollo. A continuación se expone la tipología sobre los distintos actores del sistema internacional actual de la autora Boni (2010):

Tabla 6. Actores del sistema actual de cooperación internacional

ACTORES DE CARÁCTER PÚBLICO	ACTORES PRIVADOS
- Organismos multilaterales vinculados al sistema de ONU de carácter financiero	- ONGD como asociaciones o fundaciones de carácter privado
- Estados	- Empresas
- Entidades derivadas de la Administración autonómica o local	- Sindicatos y otros colectivos sociales
- Universidades y otras entidades	No se disponen datos

Fuente: Elaboración propia a partir de Boni (2010)

Asimismo elabora una clasificación, basándose en los criterios de Sanhura y Gómez (1999), sobre los diferentes instrumentos del actual sistema de cooperación internacional, limitando este último tan solo a las actividades que se llevan a cabo en este campo desde el sector público, es decir aquellas que son llevadas a cabo fundamentalmente por los Estados y los Organismos Internacionales:

- **Preferencias comerciales:** Son aquellas medidas que permiten que los países eliminen total o parcialmente las barreras comerciales, los aranceles, las cuotas y contingentes a una parte o la totalidad de las exportaciones de los países en desarrollo.

³³ La noción del concepto de «actor» en la disciplina de las Relaciones Internacionales remite a la idea de aquella autoridad, organismo, grupo, persona capaz de movilizar recursos suficientes para influir en el medio internacional.

- Cooperación económica: Consiste en acciones orientadas a fortalecer el sector productivo de países que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo y dirigido a sectores con un potencial de crecimiento.
- Ayuda financiera: Incluye distintas modalidades de transferencia y acceso al capital.
- Asistencia técnica: Su objetivo es proporcionar conocimientos, habilidades técnicas y de gestión cualificando a los recursos humanos del país receptor.
- Cooperación científica-tecnológica: Acciones destinadas a apoyar la creación y el fortalecimiento de las capacidades tecnológicas del país receptor. Son llevadas a cabo por las universidades, centro de investigación, laboratorios, etc.
- Ayuda alimentaria: Donación directa de alimentos o acceso a líneas de crédito concesional o ayuda no reembolsable para la adquisición de productos alimenticios ante situaciones de emergencia o crisis humanitarias prolongadas. También en países que no han conseguido asegurar la seguridad alimentaria de su población.
- Ayuda humanitaria y de emergencia: Envíos de materiales de primera necesidad ante situaciones de emergencia en conflictos bélicos y desastres naturales. Los beneficiarios de la ayuda humanitaria y de emergencia son las poblaciones locales que se encuentran en la zona o bien son refugiados o desplazados internos.
- Educación para el desarrollo, Sensibilización e Investigación: La Educación para el Desarrollo es un proceso educativo constante que favorece las interrelaciones económicas, políticas, sociales y culturales entre Norte-Sur a través de la promoción de valores y actitudes relacionados con la solidaridad, la justicia social y la acción para alcanzar un desarrollo humano sostenible. En cuanto a la sensibilización persigue suministrar conocimientos sobre la realidad Norte y Sur y promover un cambio de actitudes. La investigación también se lleva a cabo respecto a los distintos aspectos de la problemática del desarrollo. En concreto en estos tres aspectos: las desigualdades, los actores de cooperación así como el impacto de sus acciones.
- Incidencia y presión política: El objetivo es influir en las decisiones, en las políticas y en las estructuras y relaciones económicas de poder que afectan a la situación de los países y pueblos del Sur en las relaciones Norte-Sur y en la situación de los colectivos más vulnerables de todo el mundo, defendiendo sus intereses.
- Comercio justo: Reivindica unas reglas comerciales más justas. Ha desarrollado un tejido de tiendas de solidaridad en propiedad de entidades no lucrativas de productos alimentarios y artesanos producidos por cooperativas de los países del Sur con una serie de condiciones: salario digno en los trabajadores, no discriminación de género y explotación laboral infantil.
- Ahorro ético: Denuncia de la Banca en la deuda externa y en la financiación de empresas que

explotan a los países empobrecidos, se fomentan prácticas de ahorro conocidas como el *ahorro ético*. Estas consisten en destinar parte o la totalidad de los ahorros a organismos alternativos para financiar proyectos de desarrollo que cumplan con los criterios del desarrollo humano sostenible. Otra modalidad son los *fondos de inversión solidarios* destinados a ofrecer apoyo financiero a cooperativas de producción y consumo de países del Sur.

1.2.2.2. A MODO DE REFLEXIÓN

El interés teórico sobre el estudio y análisis sobre la ya clásica cuestión de cómo alcanzar el «desarrollo», y por ende, cómo llevar a cabo con eficacia la Cooperación Internacional al Desarrollo, ha ido retomándose y tomando fuerza en estas dos últimas décadas. De tal modo que, hoy en día, la cooperación internacional constituye un objeto de estudio en la mayoría de las disciplinas de las ciencias sociales. No obstante, a pesar de ello, existe un vacío en la literatura científica, pues apenas se dispone de estudios sistemáticos al respecto. Y además, entre los pocos estudios que se han realizado, hay una gran variedad de criterios en cuanto a sus análisis.

En base al análisis expuesto en los apartados anteriores, y en la medida en que en la actualidad la Cooperación Internacional al Desarrollo ha vivido un proceso en el que se ha multiplicado tanto sus actores como los instrumentos y proyectos que la definen y dotan de significado, se considera pertinente adoptar un enfoque sistémico para su aproximación teórica. Pues, a pesar de que los actores y la dinámica de la Cooperación Internacional al Desarrollo tienen carácter plural, jerarquizado y descentralizado, existen procedimientos, mecanismos de coordinación y objetivos comunes en la cooperación internacional que permite hablar de sistema estructurado (López & Molina, 2000). De tal modo que, se parte de la tesis de Sanahuja y Gómez (1999) sobre la idea de la existencia de un sistema de cooperación al desarrollo, fundamentado principalmente en dos razones: 1. La cooperación al desarrollo constituye un ámbito específico de las relaciones internacionales y de la economía política internacional. 2. La Cooperación Internacional al Desarrollo no es solo un instrumento de los Estados donantes y de las organizaciones internacionales. Por tanto, con base a esta perspectiva sistémica, se define la Cooperación Internacional al Desarrollo como «el conjunto de actividades de colaboración llevadas a cabo por los más diversos actores de la sociedad internacional, ya sean públicos o privados, procedentes de países desarrollados o en desarrollo, caracterizadas por cierto grado de coordinación, coherencia y complementariedad entre sí, en el marco de determinados objetivos, normas, procedimientos, reglas y procesos de decisión y acción no vinculantes, en tanto los mismos dependen de la voluntad política y financiera de sus promotores. Dicho conjunto de actividades tienen como propósito coadyuvar al mejoramiento del bienestar de algún grupo poblacional, sector específico o región particular» (Torres, 2010).

Ahora bien, tras haber analizado su desarrollo y evolución, y con base a su definición, no cabe

duda que la Cooperación Internacional al Desarrollo constituye un instrumento útil a aplicar en la consecución de un cambio social orientado a la mejora del bienestar social de los países o grupos sociales más necesitados. Y, por tanto, en relación al objeto de estudio del presente trabajo de investigación, la pandemia del VIH es un campo de intervención preferente en la cooperación internacional, dado su relación con el bienestar y la pobreza.

Asimismo, en un contexto de globalización, la Cooperación Internacional al Desarrollo debería perseguir la finalidad de ayudar a los países que están fuera de las relaciones económicas y financieras globales, es decir al margen del sistema económico capitalista, a su inserción de manera equitativa, desde una perspectiva holística sobre el «desarrollo», fomentando un crecimiento autónomo, sustentable y sostenido. Por tanto, uno de los aspectos claves que debe modificar es dejar de ser un instrumento mediatizado por los intereses de los países desarrollados y donantes para convertirse en un instrumento eficaz para atender a los principales problemas de los países subdesarrollados (López & Molina, 2000).

CAPÍTULO II. LA APROXIMACIÓN DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA DISCIPLINA SOCIOLOGICA

2.1. INTRODUCCIÓN

La historia de la ciencia, como la de todas las ideas humanas, es una historia de sueños irresponsables, de obstinaciones y errores. Sin embargo, la ciencia es una de las pocas actividades humanas -quizás la única- en la cual los errores son criticados sistemáticamente y muy a menudo con el tiempo, corregidos (Popper, 1934).

Desde el inicio de la Humanidad, el hombre se ha preguntado sobre las posibles razones que conducen a una “buena” o “mala” salud. A lo largo de la historia de las ciencias, su estudio ha sido una constante, aunque dependiendo de la etapa histórica, el contexto sociocultural y la tecnología existente, el *continuum* salud-enfermedad será definido según diferentes enfoques y perspectivas. Desde un enfoque retrospectivo, a lo largo de la historia surge una variedad de modelos teóricos explicativos, que según Pérez (2009) tienen su razón de ser en los diferentes criterios científicos dominantes de cada época. Estos modelos, a saber, son: 1. Modelo mágico-religioso. 2. Modelo sanitarista. 3. Modelo social. 4. Modelo unicausal. 5. Modelo multicausal. 6. Modelo epidemiológico. 7. Modelo ecológico. 8. Modelo histórico-Social. 9. Modelo geográfico. 10. Modelo económico. 11. Modelo interdisciplinario. Respecto al primer modelo, «el modelo mágico-religioso», tal y como se verá a lo largo de este trabajo, constituye el modelo explicativo dominante de la enfermedad en las "sociedades primitivas"³⁴ y en la mayoría de las sociedades africanas, y por ende del VIH en la sociedad guineana –aunque hoy en día, y cada vez en mayor medida, también convive con la «medicina moderna»³⁵ propia de las sociedades occidentales – (Statistics South Africa, 2012).

34 Cabe aclarar que en este documento se emplea el término sociedad primitiva sin las connotaciones negativas que adquiere. Dicho vocablo tiene su origen en la antropología clásica con el ensayo *Primitive Culture* de Edward Tylor (1981). Se aplicaba para designar a la cultura que careciera de los principales signos de desarrollo económico y modernidad. Define la cultura primitiva basada en la religión del animismo, en la creencia en los espíritus. A partir de entonces este término va a ser empleado en antropología por autores como Morgan (1935), Lévi-Strauss (1949) etc. Dicha denominación ha sido tildada de políticamente incorrecta por partir de una concepción de este modelo de sociedad bajo “el mito del buen salvaje” en comparación del “mundo civilizado occidental”.

35 Lo que se conoce como medicina moderna tiene raíces muy antiguas en la historia, pero es a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando la medicina científica se establece de forma definitiva como la corriente principal del conocimiento y la práctica médica. Es la medicina asociada a la “medicina occidental” basada en el paradigma de la racionalidad empírica y objetiva.

Ahora bien, se sabe que las diferentes interpretaciones y representaciones sobre la salud y la enfermedad generadas a lo largo de la historia no son resultado de categorías y constructos neutros, ahistóricos y espontáneos; pues estos están en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad (Perdiguero & Comelles, 2000).

En términos generales, en las sociedades occidentales la salud y la enfermedad como "estados" han sido tradicionalmente objeto de estudio de la disciplina médica. Desde Pericles en la antigua Grecia, con el inicio del periodo científico de la medicina con Hipócrates a través de la observación directa y búsqueda de las causalidades en la realidad, hasta la fecha, ambos "estados" han sido explicados desde un enfoque eminentemente biomédico. A partir este enfoque, la medicina moderna ha privilegiado el factor físico-biológico como componente principal de la salud, relegando a un segundo plano los factores socioculturales que también intervienen en el proceso de salud y enfermedad. Consecuentemente, las enfermedades han sido percibidas como tipos específicos de reacciones biológicas ante alguna lesión o cambio que afecta el medio ambiente del cuerpo (Vergara, 2007). La enfermedad en la medicina moderna es entendida como un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico (Coe, 1973). De tal modo que, la salud y la enfermedad son definidas en oposición y exclusión de una categoría respecto de la otra, cristalizando por tanto en el tal mencionado y conocido binomio salud/enfermedad, del que van a sucederse una serie de binomios tales como sano/enfermo, norma/desviación, médico/paciente, etc. (Barrón, 1990). Esta separación como términos opuestos conlleva ideas implícitas de adaptación y desadaptación, de normalidad y desviación (Bernnasar & Fornés, 1991). Por otro lado, el concebir una categoría en exclusividad de la otra y por oposición, no constituye una estrategia heurística válida para aclarar los diferentes aspectos que ambos conceptos entrañan.

No obstante, tras la *Declaración de Alma Ata* (OMS, 1978) donde se define nuevamente qué es la salud, se realiza un intento por romper con esta visión mecanicista y biologicista de la salud, en la medida en que esta nueva aproximación tiene en cuenta otras dimensiones que la meramente física:

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Sin embargo, a pesar del cambio de enfoque que implica dicha definición, aún sigue siendo un reflejo de la visión dominante del modelo biomédico. Gómez (1997) hace hincapié en los aspectos negativos que esta definición entraña, pues supone una declaración de principios más que un objetivo alcanzable, al ser una definición excesivamente estática frente a una realidad dinámica. Además señala que el hecho de que en la *Declaración Alma Ata* se le otorgase un estatus de derecho

humano fundamental convierte el “estado de salud” en un *desiderátum* inalcanzable, en una realidad cuasi-utópica (Gómez, 1997).

Ahora bien, desde las últimas décadas, el continuo salud-enfermedad está siendo objeto de interés creciente en las ciencias sociales y, en especial, para la sociología. El punto de partida es entender la salud más allá de la ausencia de enfermedad. Consiste, por tanto, en un proceso complejo donde interactúan todos los aspectos de la vida del ser humano: funcionamiento biológico, sentimientos, emociones, interacción social, biografía, nivel socioeconómico, contexto cultural y social, capital social, redes sociales, etc., e inclusive las necesidades espirituales (Mansilla & Figallo, 2004).

En líneas generales, frente a la visión dominante de la medicina moderna, se pone énfasis en las dimensiones sociales y culturales de la salud y la enfermedad. A este respecto, una de las razones por las que dichas categorías adquieren mucha relevancia en la disciplina sociológica es debido a que su análisis implica la reflexión sobre las representaciones, significados, valores, subjetividad que los individuos, grupos y sociedades atribuyen a la salud y a la enfermedad. De ahí que haya surgido en la sociología, tal y como se expone en los siguientes apartados, todo un campo de conocimiento: la sociología de la salud. Dicha disciplina, entre otros aspectos, analiza y cuestiona muchas de las bases y consecuencias que conlleva el «modelo médico hegemónico». Por ejemplo, un clásico en esta línea crítica de pensamiento es el intelectual francés Foucault (1966) con el ensayo *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada clínica*, al cuestionar tajantemente el papel de la religión secular que adquiere la medicina con sus imposiciones morales con respecto a la optimización de la salud del hombre no "enfermo". Este autor constituye toda una referencia obligada en el estudio de la materia.

Por «modelo médico hegemónico» el autor Menéndez define (1992, p.91): “El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha ido logrando establecerse como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”. Las principales características de este modelo son: marcado biologismo; concepción teórica mecanicista/positivista/evolucionismo; ahistoricidad; orientación curativa basada en la eliminación de síntomas, eficacia pragmática, individualismo, salud/enfermedad como mercancía, relación asimétrica entre paciente y médico; profesionalización formalizada; relación de subordinación social y técnica del paciente-médico; concepción del paciente como ignorante; inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud; producción de acciones que tiende a excluir al “consumidor” saber médico; no legitimación científica de otras prácticas; identificación ideológica con la racionalidad científica como criterios de exclusión de otros modelos;

concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia; tendencia a la escisión entre la teoría y la práctica; medicalización de los problemas y tendencia al consumismo médico y patologización de la vida cotidiana (Menéndez, 1992). Con respecto a esta última característica, cabe señalar el incremento del malestar en las distintas esferas de la sociedad en la última década; pacientes, intelectuales, médicos y en general la sociedad civil cuestionan el juego de intereses y la perversión entre el sistema biomédico y las industrias farmacéuticas. Cuestión que ha sido analizada por Vicente Navarro (1979) en el ensayo titulado *La medicina bajo el capitalismo*. Pioneros, o ya clásicos intelectuales, de esta línea crítica de pensamiento se consideran al ya mencionado Foucault (1966), Zola (1972) y Ivan Illich (1976). En Zola la medicalización de la sociedad no solo se ha producido por el poder y el control social que la medicina tiene sino también como resultado del deseo de la sociedad que la medicina ejerza dicho poder (Zola, 1972).

La autora López (2012) sintetiza el proceso de medicalización producida en las sociedades contemporáneas en los siguientes aspectos:

1. La aplicación de medicamentos o intervenciones médicas innecesarias o excesivas. Por ejemplo, la menstruación, el embarazo, el parto, menopausia, o la propia vejez dejan de verse como ciclos vitales, problematizándose y medicalizándose.
2. Reducir la multicausalidad de los síntomas que una persona presenta a un solo tratamiento farmacológico. Reducir la investigación en salud a la investigación farmacológica.
3. Llevar a cabo estrategias de prevención con fármacos o intervenciones médicas: medicalizar a personas sanas para que no enfermen.
4. No proporcionar la suficiente información a los/as pacientes sobre todos los efectos de los fármacos o intervenciones médicas para que puedan tomar una decisión consecuente con respecto a los riesgos que corren con su cuerpo y salud.

Y, como consecuencia de esta medicalización de la sociedad, no han faltado las voces críticas que denuncian la “*patologización*” como “*la medicalización de la vida cotidiana*”, es decir se psicopatologiza lo normal, la salud, para luego desproblematizarla con fármacos (Fromm, 2001).

En este segundo capítulo de la tesis, en primer lugar se expone la génesis y el desarrollo de la sociología de la salud, pues constituye el marco teórico de partida para la aproximación del estudio del VIH frente al “aséptico” marco de la medicina moderna. En segundo lugar, en la medida en que el VIH representa una “enfermedad social”, se plantea la pertinencia de aproximarse a su estudio desde

las ciencias sociales, concretamente se proponen algunas teorías sociológicas a aplicar en su análisis y comprensión.

2.2. LA SOCIOLOGÍA “EN” Y “DE” LA MEDICINA

*Durante este último siglo las ciencias sociales han contribuido a salvar más vidas que las ciencias médicas
(De Miguel, 1974)*

La *sociología de la medicina* es un área específica y especializada de la sociología. En líneas generales, puede decirse que surge como un área de la sociología general aplicada al modo de entender y ejercitar la medicina en la sociedad (Lostao, 2008). La consolidación de esta disciplina ha implicado, *grosso modo*, el reconocimiento de la importancia y determinación que las distintas condiciones y situaciones sociales tienen en los niveles de salud de una población o sociedad. También el papel determinante que tienen los factores sociales en cómo las sociedades se organizan para responder y afrontar los problemas derivados de la salud y la enfermedad. De ahí que el análisis organizativo de los servicios sanitarios sea un ámbito pertinente de estudio para la disciplina. Acorde a ello, Cockerham (2002) señala que lo que hace relevante a la sociología de la medicina es el papel crítico que adopta en cuanto a la influencia que ejercen los factores sociales y culturales.

La sociología de la medicina no solo constituye un saber científico sino también una disciplina académica y una profesión que está en estrecha relación con las ciencias que tratan temas de sanidad y salud. En este sentido, De Miguel (1974, p.214) ante la pregunta de ¿cómo definir la sociología de la medicina?, afirma que “dicha cuestión no puede responderse con los esquemas tradicionales de una definición sino con una serie de temas interdisciplinarios dirigidos sutilmente por los hilos de la propia ciencia sociológica”.

En la actualidad la sociología de la medicina representa, desde su inclusión en el año 1960, una de las secciones más numerosas en la *American Sociological Association* así como de las asociaciones británicas y alemanas.

2.2.1. GÉNESIS Y DESARROLLO

Como regla general, los factores que desencadenan el nacimiento de una disciplina suelen ser inciertos y dudosos, y en la mayoría de los casos consecuencia de una multitud de causas. En el caso de la sociología de la medicina, se han señalado una serie de cambios sociales, políticos y sanitarios que acontecieron tras la II Guerra Mundial en EE.UU. (Conrad & Leiter, 2008), y posteriormente en Europa. Estos cambios fueron el caldo de cultivo para el nacimiento de la disciplina (Alonso, 1977):

1. La aparición de las enfermedades crónicas frente a las enfermedades infecciosas, lo cual conlleva a tener presente la influencia de los factores sociales en las enfermedades.
2. Una mayor importancia al medio social por la aparición de las enfermedades crónicas, frente al medio físico (como venía siendo propio en el análisis de los medios insalubres) de las enfermedades infecciosas.
3. La nueva orientación de las políticas en salud pública en cuanto a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
4. El desarrollo de la psiquiatría moderna puso en evidencia las limitaciones del modelo biológico para muchas enfermedades.
5. Una mayor valoración de la salud y asistencia médica, ya que pasan a ser derechos sociales básicos.

Básicamente se pone de manifiesto que la reducción de la mortalidad no depende de los avances ni descubrimientos médicos sino que principalmente responde al desarrollo de la higiene pública, de la educación para la población, la urbanización y el desarrollo económico (Conrad & Leiter, 2008).

En cuanto al origen propiamente sociológico de la sociología de la medicina, sus inicios se hallan dentro de la salud pública, y existe un alto consenso en ubicarlos en los años 30 en EE.UU (Conrad, 2008). No obstante, el término de «sociología de la medicina» había sido empleado con anterioridad en el ámbito de la medicina en 1894 en el artículo “*The importance of the study of medical sociology*” escrito por los prestigiosos médicos Mc-Intire y Easton (1894, p.425):

A question then arises, can there be a particular department of the science of sociology worthy the name of Medical Sociology. Are there any peculiarities in the phenomena attending the existence of the members of the medical profession distinctive from the phenomena environing the lives of the same set of people apart from their profession?

De tal modo que la primera publicación, con una perspectiva propiamente sociológica en el tratamiento de los factores sociales que interceden en la salud, aparece en 1927 de la mano del antropólogo Bernard Stern (Cockerham, 2002). Posteriormente se sucederán una serie de

publicaciones durante los años 30 que refuerzan y consolidan dicha perspectiva, como por ejemplo la publicación “*Mental Disorders in Urban Areas*” (1939) de los autores Faris y Dunham de la Escuela de Chicago o el artículo sobre la relación entre médico y paciente como sistema social de Lawrence Henderson (1928), y que posteriormente será toda una influencia para el sociólogo Parsons (1951). Sin embargo, no será hasta después de la II Guerra Mundial cuando la sociología de la medicina adquiere un gran impulso y desarrollo debido a las financiaciones recibidas para la investigación sociomédica. En relación a ello, cabe mencionar que en esta fase inicial de desarrollo la sociología de la medicina recibe un fuerte apoyo financiero del Instituto Nacional de Salud mental, y por tanto trabaja conjuntamente con médicos psiquiatras (Conrad & Leiter, 2008). De ahí la publicación de los autores Hollingshead y Redlich (1958) “*Social Class and Mental Illness: A Community Study*”. Dicha publicación constituye un hito en la historia de la disciplina, y hoy representa una referencia clásica de obligada mención, pues los hallazgos encontrados en el estudio que se realizó en *New Haven* demostraron la correlación entre los factores sociales con distintas enfermedades mentales y con las diferentes asistencias sanitarias que recibían los/as “enfermos/as”. Una de las principales conclusiones de la investigación fue la correlación existente entre clase social y esquizofrenia: a menor clase social mayor prevalencia de esquizofrenia.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la salud –independientemente de las diferencias existentes en su percepción, significado y definición– constituye un valor social de gran importancia en diferentes épocas, sociedades y culturas³⁶, no está de más plantearse: ¿por qué la sociología hasta mediados del siglo XX ignora este ámbito de estudio?

Al observar el pensamiento clásico, se constata la ausencia del estudio del papel de la medicina en la sociedad por los fundadores de la sociología. Tan solo podría tenerse en cuenta en el pensamiento clásico sociológico, de forma tangencial, el análisis que Engels (1873) realiza sobre la deficiente salud de la clase obrera inglesa en el capitalismo o el análisis realizado sobre las tasas de suicidio en Europa en 1897 por Durkheim (1897). Según Alonso (1977), una de las principales causas de este vacío se halla en el hecho que en el siglo XIX la sociología todavía se encontraba legitimando su estatus como ciencia, y además no consideraba la salud y la enfermedad un campo de especial interés para el conocimiento de los grupos sociales.

Durante los años cincuenta se produce en la sociología de la medicina, y en general en las ciencias sociales, un gran desarrollo en este campo de estudio como consecuencia del incremento en la financiación tanto pública como privada que se recibe para su investigación (Conrad & Leiter, 2008). Por ejemplo, la Fundación Russell financió un programa para mejorar la utilización de la investigación en ciencias sociales en la práctica médica. Resultado de ello fue la publicación de

³⁶ Hasta mediados del siglo XIX los factores sociales implicados en la salud y en la enfermedad fueron considerados por la medicina.

Simmons y Wolff (1954) “*Social Science in Medicine*”(1954) o “*Sociology and the Field of Public Health*” de Suchman (1963) (Cockerham, 2002). Ello ha dado lugar a un desarrollo de la sociología de la medicina más orientada hacia su aplicación, es decir hacia la solución de problemas frente a un desarrollo del *corpus* teórico de la disciplina. No obstante, ha tenido consecuencias en el desarrollo de dos ramas diferenciadas aunque muy relacionadas entre sí como se expone en el siguiente apartado. Y por último, durante esta década, cabe señalar que en 1954 aparece en la Universidad de Yale el primer programa de doctorado de esta disciplina (De Miguel, 1974).

Desde entonces hasta la actualidad, la sociología de la medicina ha ido desarrollándose y consolidándose como disciplina, siendo hoy en día un área de investigación relevante tanto en EE.UU. como en Europa (White, 2002). En Europa la sociología de la medicina se desarrolla más tardíamente, pues no será hasta la década de los ochenta cuando dicha disciplina comienza a cobrar interés. Según Donati (1994) se constatan algunas diferencias entre la escuela americana y la escuela europea de la sociología de la medicina: pues mientras que en la primera la salud y la enfermedad fue definida en términos individuales, en la segunda su explicación tiene un carácter más colectivo.

Ahora bien, los primeros que desarrollaron la sociología de la medicina fueron sociólogos generales, aunque estos utilizaron los datos y las instituciones médicas para demostrar y comprobar teorías sociológicas (De Miguel, 1974). Entre estos sociólogos destacan: Faris (1939), Merton (1949), Parsons (1951) y Becker (1973). Posteriormente, cuando la disciplina se institucionaliza, los sociólogos del ámbito de la salud y la sanidad se convirtieron en sociólogos de la medicina y comienzan a enseñar sociología de la medicina a los/as alumnos/as de sociología en las universidades (De Miguel, 1974).

En cuanto a las áreas de estudio de la disciplina, según De Miguel (1974), los ámbitos de estudio en los que adquiere relevancia la sociología de la medicina son: 1. La enfermedad mental. 2. La relación médico/paciente. 3. La profesión médica, el sistema y las organizaciones sanitarias. 4. Análisis de la morbilidad. 5. El enfermo.

2.2.2. LA INFLUENCIA DE PARSONS

La figura de Parsons (1951), conocido como máximo representante del «modelo estructural-funcionalista», ha sido señalada en los manuales de sociología de la medicina como el autor que más influencia ha ejercido en el desarrollo de esta área sociológica. En su ensayo *The Social System* (1951) desarrolla de forma sistemática un marco conceptual para analizar los principales elementos que dan estabilidad al sistema social. Parsons (1951, p.19) define el sistema social como “[...] una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos un aspecto físico o medio ambiente, actores motivados por una tendencia a «obtener un óptimo de

gratificación» y cuyas relaciones con sus situaciones –incluyendo a los demás actores– están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos”. Para el autor, en la medida en que el proceso de la interacción que se establece entre los actores individuales puede considerarse como un sistema, dicho proceso de interacción puede ser sometido al análisis científico que ha sido aplicado en otros tipos de sistemas en las ciencias (Parsons, 1951, p.17).

Por tanto, tal y como refleja la definición anterior, el punto fundamental de partida en sus análisis sobre el sistema social es el marco de referencia de la acción. Dicho marco había sido previamente desarrollado en trabajos teóricos anteriores como *Structure of Social Action* (1937). La «acción» es por tanto definida como: “Un proceso en el sistema actor-situación que tiene significación motivacional para el actor individual o, en el caso de una colectividad, para sus componentes individuales” (Parsons, 1951, p.18).

No obstante, aunque el autor señala que en la orientación de los procesos de acción individual está presente como energía o estímulo para la acción el organismo de los individuos, hace hincapié en que esta no puede quedar reducida a la esfera biológica. Ahora bien, según el autor la acción de los individuos o colectividades está limitada por la «situación», que se basa en factores que escapan del control del individuo. La situación, por tanto, consistiría en el «mundo de objetos». Este mundo de los objetos se divide en tres tipos: sociales, físicos y culturales. De modo que, en palabras de Parsons (p.18): “[...] la situación, por definición, consiste en objetos de orientación. Así la orientación de un actor se diversifica frente a los diferentes objetos y clases de que se compone la situación”.

De modo que, el sistema social queda englobado por el mundo de los objetos culturales. Y dentro del sistema cultural estaría el sistema social que contiene los medios y las condiciones de la acción individual y colectivo. En el sistema social se halla el sistema de personalidad donde se ubica al actor y sus necesidades individuales así como la esfera biológica. En definitiva, para el autor el sistema social estaría formado por cuatro subsistemas: 1. Sistema social. 2. Sistema cultural. 3. Sistema de personalidad. 4. Organismo conductual.

Ahora bien, Parsons (1951) establece una serie de imperativos funcionales para que todo sistema social funcione y alcance su equilibrio: 1. Adaptación: todo sistema debe abarcar las situaciones externas y adaptarse. 2. Objetivos: todo sistema debe tener capacidad para alcanzar metas. 3. Integración: todo sistema debe regular la interrelación entre los distintos subsistemas 4. Latencia: todo sistema debe proporcionar, mantener y renovar la motivación de los individuos y las pautas culturales que lo integran.

De modo que, en relación al campo de estudio de este capítulo, las aportaciones más destacadas del autor son el análisis que realiza sobre la función que cumple la práctica médica en la

sociedad y del rol del enfermo/a. Concretamente en el capítulo décimo del ensayo *The Social System* (1951) aplica su esquema conceptual explicativo del funcionamiento del sistema social al análisis empírico de la medicina moderna. El análisis de la práctica médica moderna es un campo de estudio de gran interés para él. De ahí algunos trabajos académicos previos como *Physician and Patient as Social System The professional and social structure* (Parsons, 1951, p.401).

Según Parsons el problema de la salud se encuentra íntimamente relacionado con los prerequisites funcionales del sistema social (Parsons, p.403). En este sentido, señala que dado que la salud se encuentra dentro de las necesidades funcionales de la persona en la sociedad, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, niveles bajos de salud o un nivel alto de enfermedad es disfuncional. Por tanto, la enfermedad va a implicar para el individuo incapacidad para el desempeño de los roles sociales.

Para Parsons la enfermedad no consiste en un fenómeno exclusivamente natural, y que por tanto escapa del control y la voluntad del individuo. A este respecto, señala que gran parte de la etiología de las enfermedades dependen de factores motivacionales y de la acción de los individuos. Tal es el caso de las enfermedades psicosomáticas (Parsons, 1951, p.405). De modo que, en la medida en que la enfermedad no consiste en un peligro externo, sino una parte integral del equilibrio social, puede ser considerada como una respuesta del individuo a la presiones sociales, y un modo de eludir responsabilidades sociales (Parsons, 1951, p.405). Por tanto, la enfermedad desde una perspectiva funcionalista va a ser considerada como una función social desviada. Y, en la medida en que el/la enfermo/a es considerado como un tipo particular de desviado/a, el desarrollo de instituciones sanitarias y hospitalarias cumplen una funcionalidad en la sociedad. Esta funcionalidad se basan en tres aspectos fundamentales: 1. Protege a la familia de los aspectos destructivos de la enfermedad puede tener sobre sus miembros. 2. Refuerza el papel del/la enfermo/a como mecanismo de control social. 3. Facilita el proceso terapéutico.

En este sentido, las estructuras sanitarias, hospitalarias y los profesionales médicos³⁷ cumplen una función alternativa a la familia y grupos primarios del/la enfermo/a (Parsons, 1951, p.423). Con base de ello, Parsons establece diferentes analogías, entre el/la enfermo/a y el estatus de un/a niño/a y entre el papel del médico y el papel del padre en la familia, considerando la enfermedad como un retorno a la infancia (Donati, 1994).

Posteriormente, a lo largo de su pensamiento, Parsons evoluciona en la definición sobre enfermedad. De tal modo que en una segunda etapa, realiza un planteamiento más sistémico del concepto, pasando a concebir la enfermedad como “una inadaptación” en vez de “una desviación” (Donati, 1994). De modo que, la enfermedad es definida como el resultado de una mala adaptación del individuo en la

37. Se emplea el masculino genérico ya que por entonces dicha profesión era ejercida mayoritariamente por los hombres.

sociedad. Sin embargo, según Donati (1994), a pesar de esta transformación no se produce un cambio profundo del sentido del concepto.

En cuanto a la práctica médica, Parsons (1951) la define como un mecanismo en el sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros. Implica, por tanto, una serie de roles institucionalizados. Esta consideración de la medicina como “[...] el acto institucionalizado en el rol del paciente” (Parsons, 1951, p.405) conlleva a señalar una serie de consideraciones importantes: 1. Cualquier enfermedad es sinónimo de condición o estado social de desviado totalmente definido en términos de sistema social. De modo que, es considerada como un peligro para la integración sistémica. 2. El sujeto enfermo es situado en una dependencia de sujeto pasivo en lo que respecta al sistema social, como forma de control social. Y, en este sentido, considera que la salud debería ser un medio generalizado de comunicación y de intercambio no solo entre individuos sino también entre sistema y ambiente (Donati, 1994).

Para Donati (1994), a pesar de que en Parsons se produce una evolución de los conceptos de salud y enfermedad, y una aproximación de estos conceptos hacia un enfoque que tiene más en cuenta las relaciones sociales, la enfermedad continúa siendo percibida y analizada en términos de patología con un gran componente orgánico. De ahí que, una de las consecuencias de ello, sea el hecho de que la sociología de la medicina se haya centrado principalmente en los problemas comportamentales de la enfermedad. Y, por tanto, los conceptos de salud y enfermedad aún no sean definidos en términos estrictamente sociológicos.

2.2.3. APLICACIÓN PRÁCTICA

La sociología de la medicina representa un caso atípico de profesionalización de la disciplina ya que esta siempre ha ido por delante de su desarrollo teórico; lo cual ha dado lugar a ponerla en práctica con escaso marco teórico e insuficientes instrumentos metodológicos (Conrad & Leiter, 2008). Una razón explicativa de ello, es la fuerte vinculación que se produce con los organismos sanitarios y privados desde los inicios de la disciplina, dado que ello ha dado lugar a un gran financiamiento para la investigación desde un enfoque muy aplicado para la práctica médica y para la formulación de políticas sanitarias (Cockerham, 2002).

Dicha orientación práctica ha dado lugar a la división de dos ramas bien diferenciadas pero relacionadas, lo que Strauss (1957) define como: sociología en la medicina y sociología de la medicina. La principal diferencia entre ambas ramas radica en que si bien en el caso de la sociología en la medicina tiene una orientación muy enfocada a la resolución práctica de problemas sanitarios, en el caso de la sociología de la medicina mantiene un enfoque más teórico, más sociológico. En la sociología en la medicina el papel del/la profesional consiste en colaborar directamente con el/la médico/a y otros/as

profesionales de la salud para estudiar los factores sociales asociados a ese problema de salud concreto. De tal modo que se caracteriza por llevar a cabo una investigación muy aplicada, cuya principal motivación del análisis es más un problema médico que un problema sociológico (Cockerham, 2002). En términos generales, suelen trabajar en centros de investigación, escuelas de salud pública, escuelas de enfermería, facultades de medicina así como en agencias gubernamentales. Por el contrario, la sociología de la medicina sostiene un enfoque más sociológico y comparte los mismos objetivos que otros campos de la sociología. En esta rama, el énfasis ha sido puesto en los procesos sociales que se producen en el ámbito médico, y en cómo estos contribuyen a nuestra comprensión de la sociología de la medicina y de la vida social en general (Cockerham, 2002). De tal modo que estudia ámbitos como la organización sanitaria, las relaciones del rol entre médico/a y paciente, las normas, valores y creencias de la práctica médica como una forma de conducta humana. La mayoría de estos/as sociólogos/as trabajan como profesores/as en los departamentos de sociología.

Ahora bien, en la actualidad esta clásica división ha sido revisada, pues como consecuencia de una serie de cambios ambas ramas han convergido (De Miguel, 1974). En primer lugar se ha producido una evolución de los trabajos de sociología de la medicina hacia un enfoque más aplicado y en segundo lugar también se ha producido una convergencia entre la sociología de la medicina y la sociología (Cockerham, 2002). Por tanto, tal y como señala Lourdes Lostao (2008), dicha división hoy en día ya no tiene razón de ser.

2.3. LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

Sociología de la salud ya no es -o debería ser- una mera aportación de técnicas al servicio sanitario, sino que por el contrario debe de suponer independencia metodológica para afrontar la salud desde una visión interdisciplinaria, en la cual el aspecto biomédico es solo un componente más, por importante que sea (Freire. Citado en Donati, p.16)

La evolución que vive la sociología de la medicina, tal y como se ha expuesto en el anterior apartado, sumado al hecho que entra en crisis en la década de los setenta –en gran medida debido a la crisis de la medicina moderna como modelo de práctica social–, conlleva a reflexionar sobre la necesidad de realizar un cambio en la orientación de la disciplina. El primero en plantear dicho cambio fue Rose (1960), quien propone modificar el nombre de la disciplina por el término «sociología de la salud» (De Miguel, 1974). Ahora bien, dicho cambio no consiste solo en una modificación de etiqueta sino que va mucho más allá, pues implica un cambio sustancial de perspectiva, bien sea en los aspectos epistemológicos, como de paradigma o de pragmática (Donati, 1994).

No obstante, aunque la sociología de la salud sea una evolución de la sociología de la medicina, esta ha redefinido tanto sus objetivos como su método, ya sea en el área analítica como en su aplicación. Y, a pesar de todos los cambios producidos, continúa siendo tanto una disciplina como una profesión.

2.3.1. DONATI Y EL PARADIGMA RELACIONAL

Entre las distintos análisis de este nuevo paradigma se señala el planteamiento realizado por el sociólogo italiano Donati (1994) debido al desarrollo de un enfoque más integral y su énfasis por construir un modelo de salud relacional y participativo.

Según el autor, la razón de ser de la sociología de la salud está en la crisis de la medicina, no como ciencia sino como modelo de práctica social. Por tanto, plantea en contraposición de lo que la disciplina viene haciendo, la necesidad de centrarse en el análisis de la salud y no de la enfermedad.

Para Donati (1994), desde una perspectiva sociológica, las consecuencias de haberse centrado en el estudio de la enfermedad, propio del modelo biomédico, ha dado lugar a: 1. Actuar ex-post sobre la enfermedad limitándose a reparar los daños. 2. Enfatizar el aspecto terapéutico de control. 3. Esperar el constante retorno a una normalidad definida según metas y normas predominantes en el sistema social. 4. Promover la continua especialización de lugares y centros terapéuticos aislados de otros ámbitos de la vida.

Por contraposición, desde un punto de vista sociológico, centrarse en la salud implicaría:

1. Actuar preventivamente teniendo como objetivo central el hecho que las personas mantengan la salud basado en una orientación activa de capacidad y voluntad como proceso y no como un estado. Enfatizar el papel dinámico del sujeto como polo de reciprocidad activa con respecto a las instituciones y roles médicos sanitarios.
2. Esperar un compromiso constante del cambio de vida enfocado a la salud no solo o por parte del individuo sino por parte del sistema social y sanitario; y la planificación y programación para prevenir la enfermedad a nivel individual y colectivo.
3. Esperar que la salud sea promovida y salvaguardada por parte de todos los actores sociales, en primer lugar por parte de todos los individuos, y en todo caso no delegada completamente a lugares y centros específicos especializados.

El autor cuestiona el hecho que la sociología de la medicina no haya sido aún capaz de redefinir el concepto de salud en términos estrictamente sociológicos, dado que esta sigue supeditada al “complejo sanitario médico”. Y, en este sentido, señala que la sociología de la salud implica una discontinuidad con la sociología de la medicina en la medida en que, entre otras diferencias, se rompe con la visión dominante del modelo biomédico en su definición de salud.

Ahora bien, en el nuevo paradigma de la sociología de la salud, la salud va a ser definida hacia un concepto más relacional, expresivo y participativo (Donati, 1994). La salud deja de ser un concepto considerado como “ausencia de enfermedad” para ser analizado y definido desde criterios más sociales, aunque no se excluyen los aspectos clínicos y médicos, adoptándose una visión interdisciplinar y más global de la salud. Por tanto, uno de los objetivos de la sociología de la salud será (Donati, 1994, p.48):

“Sacar a la luz los aspectos sociales de la salud y la enfermedad pero no como dimensiones añadidas o superpuestas a las componentes físicas y síquicas sino como elementos constituyentes de los procesos y condiciones que definen, en un sentido sociológico, el bienestar y malestar”.

Uno de los principales retos de la sociología de la salud es superar aquellos planteamientos sociológicos que acríticamente asumen los constructos de salud y enfermedad con base a los criterios de las ciencias naturales. La sociología de la salud tiene que dar la importancia que tienen los aspectos sociales y culturales en la salud y en la enfermedad, es decir los aspectos no orgánicos y no tratarlos como meros apéndices, como aspectos secundarios, tal y como venía haciéndose desde la sociología de la medicina. Según Donati (1994) en la sociología de la medicina la unidad entre cuerpo y espíritu no constituye aún una verdadera preocupación central de análisis y de intervención, incluso cuando es así se reduce a la esfera del reduccionismo orgánico. De tal modo que, cuando se concretiza en lo social, se mantiene y se acentúa la separación entre corporeidad y subjetivismo, e incluso cuando la segunda colapsa la primera se ignora la constitución simbólica e histórica de la inherencia de lo social a los fenómenos de salud/enfermedad y de curación. Por tanto, el primer paso es rechazar la asimilación de lo social a lo orgánico, lo cual debe hacerse dentro de la sociología a través de la crítica de la tradición clásica que abarca de Durkheim a Parsons (Milano, 1982). En este sentido, Donati (1994) mantiene que la salud es un hecho normativo por excelencia, incluso cuando asume aspectos significativos de consumo, ocio o cultura o se presente como mera adaptación biológica (*fitness*).

Otra de las diferencias que establece es que en la sociología de la medicina se produce un gran dualismo y dilema en cuanto a la extensión del sistema sanitario; por un lado está aquella corriente funcionalista que valora positivamente y funcionalmente dicha extensión, mientras que por

otro lado hay otra corriente crítica que considera que ello conlleva a un «proceso de medicalización» que es destructivo y alineante para la salud de la población. En la sociología de la salud se cuestiona y critica el «proceso de medicalización» que está llevándose a cabo en las sociedades y, por tanto, el «proceso de medicalización de la vida cotidiana». Asimismo, otra diferencia es que si bien la sociología de la medicina mantiene una perspectiva positivista la sociología de la salud por el contrario tiende a problematizar las tendencias y considerarlas como signos de un modo de concebir la salud y los servicios que debería someterse a discusión.

De tal modo que Donati (1994) propone este nuevo paradigma donde la salud es considerada como relación social, y a los servicios como enlace de mundos vitales no alineados siendo instituciones de servicios capaces de responder a las necesidades humanas. Asimismo, hace hincapié en la necesidad de hacer un uso más adecuado en las tecnologías, un apoyo mayor a aquellas redes y esferas de solidaridad que soportan el mayor peso de la asistencia sanitaria en situaciones de enfermedad, malestar e incapacidad, promover una integración más efectiva entre los servicios sociosanitarios.

2.4. EL ESTUDIO DEL VIH: MÁS ALLÁ DE LA BIOLOGÍA

2.4.1. INCERTIDUMBRES Y EVIDENCIAS RESPECTO AL VIH

La vacuna contra el sida es posible, pero superar los desafíos requerirá de un esfuerzo sostenido y dirigido. El desarrollo de una vacuna contra el sida para salvar vidas y la economía, será uno de los logros más importantes de la humanidad. El no hacerlo sería una de sus faltas más graves (IAVI, 2012)

Desde junio de 1981 –fecha en la cual el *Centers for Disease of Control's* publica un artículo donde informa de los cinco primeros casos de sida en EE.UU–, hasta hoy, aún persisten muchas incertidumbres y cuestiones sin resolver sobre la pandemia del VIH: ¿cómo se origina?; ¿cuál es la vacuna para eliminarla?; ¿cómo prevenir eficazmente y efectivamente dicha pandemia? y un sinnúmero de cuestiones más.

El origen del VIH continúa siendo una gran incógnita para la sociedad y para muchos científicos. De ahí que se hayan elaborado diferentes teorías al respecto. Entre estas teorías han surgido algunas explicaciones con talante conspirativo. Hecho que no ha de extrañar; pues no se dispone de una versión oficial aceptada. Por ejemplo, la teoría de Jacop Segal, profesor en la universidad de Humboldt y antiguo director del Instituto Biológico de Berlín, sostenía que el 90% del ARN del VIH coincide con el virus Visna –que se encuentra en las ovejas– mientras que el 10% con el virus HTLV, siendo este una especie de

leucemia que ataca las células T del ser humano. Ante tal grado de semejanza el investigador mantiene que, y dada la imposibilidad de que sea resultado de un proceso evolutivo y mutativo, el VIH es consecuencia de ingeniería genética. Y ello fue debido a su creación como arma biológica en la guerra fría (Simon & Leutner, 1987).

Sin embargo, otras teorías establecen el origen en los simios, en la comunidad científica, etc. Incluso hay quien señala que se trata de una enfermedad que siempre ha existido (Zhao, Ishida, Oleksyk, Winkler & Roca, 2012).

En la actualidad, la hipótesis más plausible y aceptada es aquella que sitúa el origen del VIH en el Virus de Inmunodeficiencia Simica. El punto de partida de dicha hipótesis es que el virus fue transmitido al hombre por el chimpancé. A partir de esta hipótesis se han elaborado diversas teorías y explicaciones. Una primera explicación, y la más extendida de todas, sitúa su origen en vacunas de polio contaminadas (Pepin, 2010). Esta teoría argumenta que el origen del sida responde a un accidente relacionado con las vacunaciones masivas contra la poliomielitis llevadas a cabo entre los años 1957-1960 en África Central. Dicha vacuna fue desarrollada por el doctor Koprowski, siendo esta contaminada por el Virus de Inmunodeficiencia Simica en la fase de experimentación al emplear tejido renal de chimpancés como medio de preparación de la vacuna. De modo que las vacunas fueron contaminadas por estos tejidos, siendo este el medio de transmisión del virus al ser humano. Una segunda explicación, que parte de la misma hipótesis, sostiene que el origen se halla en la experimentación con chimpancés para vacunas contra la Hepatitis. En este sentido, el Virus de Inmunodeficiencia Simica propio de los chimpancés saltó a los seres humanos en dos continentes África y EE.UU., pues las vacunas de HB contaminadas fueron inyectadas en personas que vivían tanto en la ciudad de Nueva York como en el África Central (Bauer, 2007). Para algunos/as investigadores/as, esta última teoría podría explicar mejor el cómo y el porqué se produjo un brote simultáneo de cuatro cepas de VIH en dos continentes lejanos entre sí, y en dos poblaciones demográficamente distintas. Y, por último, una tercera explicación también basada en esta hipótesis inicial sitúa su origen en la ingesta de chimpancés por parte del ser humano a finales del siglo XIX y XX. La falta de alimentos e higiene de miles de franceses en la etapa de la colonización pudo llevar a comer carne de chimpancés infectada en el África Central en los años veinte y treinta. Y en este sentido, el virus permaneció aislado en una población pequeña hasta los años treinta, y a partir de esta fecha comienza a expandirse a otras sociedades y poblaciones como consecuencia del crecimiento económico y político del continente africano.

Sin embargo, la gran mayoría de estas teorías han sido refutadas por carecer de base científica. No obstante, no han faltado las voces en señalar en que el que hoy en día se desconozca el origen del VIH no se trata de “un asunto de evidencias científicas”, sino es el resultado de una conspiración que trata de ocultar que su origen se encuentra en el error humano de la comunidad científica. Admitirlo implicaría reconocer que, una de las enfermedades que más muertes ha ocasionado en la historia de la humanidad, es

responsabilidad del ser humano.

De modo que, en cuanto a su origen, la única “certeza” existente es la fecha de aparición del primer caso de sida registrado en EE.UU. en 1981. Aunque, recientemente un grupo de científicos del Laboratorio Nacional de Los Álamos (Nuevo México) ha señalado un nuevo caso de sida identificado en la sangre almacenada de un laboratorio de un individuo de sexo masculino en el Congo que se remonta al año 1959 (Towsend, 2000).

Asimismo, otra cuestión que aún está por resolver, a pesar de las tres décadas de investigación –y a pesar de los últimos avances producidos en el 2012–, es la creación de una vacuna que permita prevenir la infección del virus en personas no seropositivas. Dicho descubrimiento cada día adquiere un carácter más urgente en la medida en que siguen creciendo las cifras de personas infectadas por VIH, constituyendo por tanto un gran reto para la salud global. Ahora bien, dado que la pandemia supone una de las principales catástrofes a nivel mundial debido a todos los costes humanos, económicos, sociales y sanitarios que conlleva, el desarrollo en la investigación de la vacuna preventiva contra el VIH constituye no solo una obligación moral para la salud mundial sino también para los derechos humanos (Avrett, 2003).

Científicamente existe evidencia para esperar que el desarrollo de una vacuna contra el VIH se produzca pero ¿por qué no existe todavía una vacuna efectiva? Fauci (2009), uno de los científicos que más ha contribuido a la investigación en este campo, señala que las dificultades son fundamentalmente de carácter científico, y por tanto las soluciones pasan también por ser científicas. El autor señala las principales limitaciones que la vacunología clásica tiene para el desarrollo de la vacuna contra el VIH; en primer lugar, a diferencia de otros patógenos y virus, no se dispone de una “prueba concepto”³⁸. De modo que la investigación en este campo debe de conseguir que la vacuna genere una respuesta inmunitaria superior a la observada durante la infección natural. Lo cual exige de un estudio y comprensión mucho más profundo de la naturaleza del sistema inmunitario y del modo en que interacciona con el VIH del que actualmente se dispone. En segundo lugar, otro aspecto peculiar de la infección por VIH es que el virus una vez que se introduce en el organismo rápidamente se instala en los tejidos linfoides donde abundan células vulnerables a su ataque. Esta rapidez implica que se dispone de una breve ‘ventana’ de tiempo en el que la respuesta inducida por la vacuna debe de actuar. De tal modo que este hecho obliga a que la investigación se centre en buscar una vacuna que sea capaz de inducir una respuesta inmunitaria rápida o en intentar ampliar el mencionado ‘período de gracia’³⁹ (Fauci, 2009)

Asimismo, dado que existen seis subtipos de virus, también se desconoce si una vacuna dirigida a un subtipo protegerá contra la infección por otro subtipo. Ahora bien, se señala que para su descubrimiento es imprescindible garantizar el compromiso en el desarrollo de este campo de investigación y en concreto:

38 La prueba concepto se refiere a la demostración clínica de que se puede eliminar el virus.

39 Es el tiempo transcurrido desde que el virus se introduce en el cuerpo humano hasta que se desarrolla la infección en el sistema inmunológico.

1. Asegurar un compromiso en el desarrollo de vacunas contra el VIH. 2. Incrementar el involucramiento del público en el desarrollo de la vacuna. 3. Asegurar el desarrollo la vacuna. 4. Asegurar el acceso a una eventual vacuna contra el VIH (IAVI, 2012).

No obstante, a pesar de que la inversión económica en la respuesta al VIH ha ido en aumento (ONUSIDA, 2010), la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el sida, concluye con base a los análisis realizados en cuanto a la Investigación y Desarrollo (I+D) la necesidad de incrementar el gasto mundial en la investigación de la vacuna preventiva. Y en relación a ello, hace un llamamiento al compromiso de los países del G8 y al sector privado para que incrementen su inversión económica para potenciar el desarrollo de la investigación básica y aplicada en este campo (IAVI, 2012). Asimismo, una de las cuestiones a mejorar que se señala en los informes de evaluación sobre la gestión de los recursos destinados en I+D en la vacuna contra el VIH, es el aumentar la partida presupuestaria y los recursos para la investigación básica de las cuestiones científicas claves que aún están pendientes de resolver.

De tal modo que, aún son muchas las lagunas que existen en el campo de investigación del VIH, y que no solo atañe a la vacuna preventiva sino también a otros muchos aspectos de la prevención, como por ejemplo si la circuncisión es un factor de protección o no, o la eficacia de otros métodos de protección diferentes al preservativo masculino, o diversos aspectos del diagnóstico como el hecho de disponer de una prueba con una alta fiabilidad en países en desarrollo o la eficacia y adherencia del tratamiento antirretroviral. Además existe un gran vacío de las investigaciones sobre el VIH desde una perspectiva social y cultural en relación a estos aspectos.

Sin embargo, hay suficiente evidencia científica para afirmar que el VIH representa una de las epidemias más graves que la Humanidad ha sufrido y padece en la actualidad. En términos absolutos, ninguna epidemia en la historia ha incidido tanto en la mortalidad de la población; ni la peste Justiniana vivida en el año 542 d.C., ni la peste negra, ni la cólera, ni la epidemia de la gripe o la influenza han causado la pérdida de tantas vidas humanas. Hasta la fecha se ha calculado que, desde que se registró el primer caso de sida, son 25 millones de personas las que ya han fallecido a causa de la enfermedad (ONUSIDA, 2011). Y actualmente en el mundo más personas que nunca viven con VIH, y gran parte debido a una mayor accesibilidad del diagnóstico y del tratamiento. De tal modo que, si se revisa y repasa la historia epidemiológica de la pandemia, el VIH representa un claro ejemplo de crisis mundial de salud pública global.

2.4.2. TEORÍAS SOCIOLOGICAS PERTINENTES EN EL ESTUDIO DEL VIH

Dado que la salud y la enfermedad, tal y como se ha analizado en los primeros apartados del capítulo, atañan a constructos que van mucho más allá del funcionamiento biológico, corporal o

sintomático, y debido a que constituyen procesos complejos donde interactúan todos los aspectos de la vida del ser humano, el VIH va a ser susceptible de ser investigado desde las ciencias sociales, y en concreto desde la disciplina sociológica.

A este respecto, son muchos los aspectos sobre el VIH que son pertinentes de ser estudiados desde la sociología (Rodríguez & Blasco, 2014). Desde elementos que abarcan cuestiones más cualitativas, como pueden ser las representaciones sociales, los significados y vivencias ante el virus o cuestiones como el estigma, la culpa y la marginación social asociada al virus, la percepción del riesgo, las creencias, los valores, los motivos de abandono del tratamiento, las prácticas, etc. (Rodríguez & Blasco, 2014). Hasta aspectos más cuantitativos como es el caso de su epidemiología social, es decir de los factores macroestructurales que influyen en los patrones epidemiológicos del VIH como por ejemplo la correlación entre el nivel socioeconómico y la vulnerabilidad de padecerlo, bien sea por grupos sociales o países, etc.

A pesar de su pertinencia, hasta la fecha no se ha elaborado ninguna teoría específica sobre el VIH en el campo de la sociología de la salud. Ni tampoco, como han sugerido algunos sociólogos, se ha desarrollado ni consolidado una epistemología dentro de la disciplina sobre el VIH, es decir una especialidad sobre sociología del VIH que haya generado un saber diferente al saber popular y que deconstruya la visión creada por los medios de comunicación; o que ofrezca una interpretación alternativa a la dada por las disciplinas positivistas (Bloor, 1995). De hecho, actualmente no existe ninguna revista científica sociológica específica sobre VIH. De ahí que la mayoría de los artículos sobre esta temática hayan sido publicados en revistas multidisciplinarias o en la sección de sociología de la salud (Lichtenstein, 2009).

De tal modo no es de extrañar que los resultados obtenidos de un estudio bibliométrico sobre las publicaciones de VIH en revistas sociológicas internacionales durante el periodo de 1986 al 2000 señalen que el número de artículos publicados es insignificante en comparación con otras áreas temáticas sociológicas (Lichtenstein, 2009).

A grandes rasgos, son muchas las teorías sociológicas que son susceptibles de ser herramientas de análisis relevantes en el estudio del VIH (Rodríguez & Blasco, 2014). A continuación tan solo se exponen algunas de ellas, las más pertinentes en relación a los objetivos de investigación de la tesis, siendo estas a su vez las más empleadas en la literatura científica en este campo.

2.4.2.1. LA SOCIOLOGÍA FENOMENOLÓGICA

La ciencia siempre presupone las experiencias de toda una comunidad científica, las experiencias de otros como yo, conmigo y para mí, están llevando a cabo trabajo científico. Y así ya está presente en la esfera precientífica el problema de las consecuencias sociales, y la ciencia social misma solo es posible y concebible dentro de la esfera general de la vida en el mundo social (Schütz, 1932)

Existe en la literatura científica una gran variedad de términos, «sociología comprensiva», «fenomenología mundana», «sociología interpretativa», «fenomenología trascendental» que a menudo se utilizan confusamente para designar al conjunto de teorías y prácticas de investigación que surgen en las ciencias sociales en los años setenta del siglo pasado, cuya inquietud principal fue describir y comprender la interpretación de los significados del mundo así como el sentido de las acciones e interacciones de los sujetos sociales. Este apartado se ciñe al análisis de la sociología fenomenológica entre las distintas teorías existentes de esta corriente de pensamiento, en la medida en que constituye la herramienta conceptual interpretativa de los análisis realizados en los capítulos que componen el tercer bloque de este trabajo de investigación donde se describe la fenomenología del VIH en el contexto de Guinea Ecuatorial.

Uno de los principales propósitos de la corriente fenomenológica se basa en el análisis de cómo se construye la experiencia social y cómo es ordenada bajo esquemas y categorías de entendimiento. Al trasladar dicho propósito al objeto de estudio de la tesis se plantean algunas cuestiones sobre las que son necesarias reflexionar: ¿hasta qué punto las vivencias de las personas ante el VIH son individuales en la medida en que comparten una serie de características comunes?; ¿están, por el contrario, moldeadas por ese «mundo intersubjetivo» (Schütz, 1932) que dota de significado y orden al proceso de afrontamiento de la enfermedad?; ¿preexisten estructuras significativas o tipificaciones ante una "enfermedad" nueva como es el VIH?; ¿cuáles son las «recetas de acción» que se desarrollan? Por tanto, en la medida en que dicha corriente toma como punto de partida en sus análisis la existencia de unas estructuras significativas, bien sean tipificaciones, recetas, etc. que van a influir tanto en las acciones como en las vivencias de los sujetos, cabe reflexionar sobre la influencia de estas estructuras en relación al VIH.

Alfred Schütz, filósofo y sociólogo austríaco, ha sido considerado el principal teórico de la sociología fenomenológica. Con el ensayo *Der Sinnhafte Aufbau Der Sozialen Welt* (1932) inicia su carrera investigativa en el estudio de los aspectos teóricos y metodológicos sobre la corriente teórica fenomenológica. Dicha obra representa una propuesta sistemática al proporcionar fundamento fenomenológico a conceptos básicos de las ciencias sociales, tales como el papel de la objetividad y

subjetividad así como la naturaleza de la acción social. El ensayo supone una redefinición de algunos aspectos epistemológicos de la sociología comprensiva de Weber (1905), en concreto de la obra *Wirtschaft und Gesellschaft* (Walsh, 1966). A este respecto, si bien coincide con Weber (1905) en que la función de las ciencias sociales debe ser la comprensión de los hechos sociales, y el significado de la acción social, discrepa en cómo define los conceptos de *verstehen*, el significado subjetivo y la acción. Otra de las grandes influencias que recibe el ensayo proviene del filósofo alemán Husserl (1949), considerado el fundador de la fenomenología trascendental. Principalmente Schütz (1932) toma de este autor el concepto de significado para definir el significado de una acción, en contraposición de la acotación teórica que realiza Weber (1905).

Posteriormente serán publicados una serie de trabajos del autor, tales como *El problema de la realidad social* (1962), *La estructura del mundo de la vida* (1973), que formarán el *corpus* teórico de su pensamiento.

En líneas generales, la preocupación central del autor en sus investigaciones y en sus ensayos gira en torno al estudio de cómo se establecen las relaciones intersubjetivas entre los actores en la vida cotidiana; cómo elaboran los significados en la conciencia del individuo; a partir de qué esquemas interpretativos, y cómo esos significados pueden ser estudiados por un observador externo. A continuación se exponen, según la clasificación realizada por Ritzer (1999), las nociones y conceptos claves que sintetizan el pensamiento del autor. Dichos conceptos son para nuestro caso de estudio, tal y como se refleja a partir de capítulo quinto de este trabajo, herramientas analíticas pertinentes en el estudio de la fenomenología del VIH en Guinea Ecuatorial.

2.4.2.1.1. «EL MUNDO DE LA VIDA»

El *lebenswelt* es un concepto clave en el pensamiento de Schütz. A lo largo de sus ensayos aparece con distintas denominaciones, «mundo del sentido común», «mundo de la vida diaria», «el mundo del trabajo cotidiano», «la realidad mundana», y refiere al mundo intersubjetivo que experimentan las personas en ‘actitud natural’⁴⁰. Para el autor el mundo de la vida existe antes del nacimiento de la persona, siendo experimentado e interpretado por otros y dado a la persona de forma organizada (Schütz, 1932).

De modo que es una categoría constitutiva de cualquier experiencia precientífica, a partir de la cual busca definir la “naturaleza de la realidad social” (Schütz & Luckmann, 1973). En este sentido, establece la diferencia entre las construcciones científicas y las construcciones del sentido común. Según Schütz (1932, p.64):

40 Schütz toma este concepto de Husserl. Dicho concepto refiere a la manera de lo típico dando por sentado lo que acontece sin cuestionamientos, es el estado de conciencia en el cual se acepta la "realidad de la vida cotidiana" como dada (Ritzer, 1999).

“Las construcciones del sentido común se forman a partir de un Aquí dentro del mundo que determina la supuesta reciprocidad de perspectivas. Ellas presuponen un acervo de conocimiento de origen social y socialmente aprobado [...]. Las construcciones de pautas de interacción humana elaboradas por un especialista en ciencias sociales son de un tipo completamente diferente. Este no tiene ningún Aquí dentro del mundo social”.

El mundo de la vida constituye “[...] la suma total de objetos y sucesos dentro del mundo sociocultural, tal y como lo experimenta el sentido común de los hombres que viven su existencia cotidiana entre sus semejantes, con quienes los vinculan múltiples relaciones de interacción” (Schütz, 1962, p.74).

El mundo de la vida, en un sentido genérico, comparte determinadas características con todos los ‘mundos’ o ‘realidades’ posibles. En palabras de Mora (2009, p.54): “Es un mundo significativo (*die sinnhafte Welt*), habitado por semejantes que lleva implícito el ‘yo’ y a los ‘otros’ como los generadores de la ‘cosa significativa’”. Schütz (1932) señala que no es un mundo homogéneo sino que muestra una estructura multiforme, donde cada esfera o región es a la vez una manera de percibir y de comprender las vivencias del otro. En definitiva, constituye el horizonte que comprende la totalidad de las maneras posibles de vivir y experimentar (donde ocurre la realización del hombre en su condición humana) y de constituir la vida social, más allá de la experiencia vital de un actor concreto. Por tanto, es tan amplio como para incluir “[...] todas las modificaciones de actitudes y estados de alerta” (Schütz & Luckmann, 1973, p.41).

Ahora bien, dicho mundo tiene una estructura preexistente que condiciona pero que a su vez también puede ser modificado por la interacción de los actores. Por tanto, se evidencia la perspectiva dialéctica de dicho concepto (Ritzer, 1999).

En definitiva, en el «mundo de la vida» tiene lugar la experiencia cotidiana y la comprensión del sentido (significado); actuando en él y sobre él, los actores se hacen y hacen el mundo, convirtiéndolo en el entorno vital en el cual cabe comprender la relación con lo heredado, con los otros y con la naturaleza (Mora, 2009).

2.4.2.1.2. «INTERSUBJETIVIDAD» Y «CONCIENCIA»

Si bien la «conciencia»⁴¹ fue la preocupación principal de la filosofía fenomenológica, este aspecto no va a ser trascendental para el autor. Ello se debe a que en el mundo de la vida cotidiana, los actores van a dar escasa atención a lo que pasa por la mente del ser humano, pues la acción es llevada a cabo por recetas. No obstante, dicho concepto será el punto de partida para los análisis sobre la

41 Schütz en su obra dice explícitamente que abandona los procesos mentales del enfoque tradicional fenomenológico.

«intersubjetividad».

Según el autor, la constitución de esta intersubjetividad se presupone sin discusión (Schütz & Luckmann, 1973): 1. La existencia corpórea de otros seres humanos. 2. Los otros cuerpos están dotados de conciencia similar a la de uno. 3. Las cosas del mundo externo incluidas en el ambiente de uno son las mismas para todos y tienen el mismo sentido. 4. Se pueden entablar relaciones y acciones recíprocas con los semejantes. 5. El mundo social está dado de antemano. 6. Las situaciones en las que se encuentran las personas son creadas por ellas mismas.

De modo que se presupone la intersubjetividad como una cualidad obvia de nuestro mundo, siendo “nuestro mundo” una tipificación subyacente del sentido común (Schütz, 1962). El autor reflexiona sobre la cuestión ¿cómo es posible conocer «otros sí mismos»? A este respecto, analiza que la experiencia de uno mismo con el mundo exterior no solo está basada con objetos físicos sino también con semejantes «alteregos». De modo que, el conocimiento del otro es posible en un presente inmediato a través de la experiencia con otro semejante como ego, que posee un cuerpo y un mundo de conciencia cognitiva (Schütz, 1962).

Por tanto, define la esencia de la «intersubjetividad» como “La simultaneidad [...] que significa que capto la subjetividad del alterego al mismo tiempo que vivo en mi propio flujo de conciencia... Y esa captación simultánea del otro, así como su captación recíproca de mí hacen posible nuestro ser conjunto del mundo” (Schütz, 1962, p.21).

Según Ritzer (1999) al basar dicho concepto en el mundo social, a diferencia de la filosofía husseliana, dicho concepto se caracteriza por ser un mundo no privado, y un mundo común a todos. Ahora bien, ese mundo intersubjetivo no se compone solo de las sensibilidades subjetivas, es decir de lo que reciben de los sentidos, sino que también se compone de interpretaciones realizadas por los sujetos de esas sensaciones (Mora, 2009). Por tanto, estamos hablando de cómo el sujeto interpreta su mundo circundante, de los elementos que lo condicionan y hacen posible estas interpretaciones y acciones llevadas a cabo por él para mantenerlo o para cambiarlo.

En definitiva, dicho concepto es esencial para entender la comprensión recíproca que se produce en las personas en su interacción.

2.4.2.1.3. «COMPONENTES PRIVADOS DEL CONOCIMIENTO»

Constituye uno de los aspectos centrales que más le preocupa al autor, al cual presta atención en sus análisis del mundo de la vida. Según Schütz, cada individuo se sitúa en la vida de una manera específica, lo que denomina «situación biográfica» (Schütz, 1932). En este sentido, señala el autor que aunque la realidad del sentido común es dada en formas culturales e históricas de validez universal, el modo en que estas formas se expresan en una vida individual depende de la totalidad de

la experiencia que una persona construye en el curso de su existencia (Schütz, 1962). Por tanto, la situación biográfica define la forma de actuar.

De modo que, la situación biográfica se caracteriza por el hecho de que el individuo dispone de lo que denomina «acervo de conocimiento a mano» integrado por tipificaciones del mundo del sentido común y «recetas de acción» (Schütz, 1932).

2.4.2.1.4. «TIPIFICACIONES» Y «RECETAS DE ACCIÓN»

En el mundo social o en el mundo de la vida las personas disponen de un acervo de conocimiento, y gran parte de este stock de conocimiento lo forman lo que denomina las «tipificaciones» y «recetas». En líneas generales, podría definirse como constructos de primer orden que desarrollan y utilizan las personas en la vida cotidiana en cualquier situación o acción. Define «tipificaciones» como esquemas de referencia: “El conocimiento de que el mundo en el que vivimos es un mundo más o menos bien determinado, con cualidades más o menos definidas, entre los cuales nos movemos, que se nos resisten y sobre los cuales podemos actuar” (Schütz, 1932, p.38). Por el contrario, las «recetas de acción» están en relación con el conocimiento que se utiliza para comprender o controlar aspectos de la experiencia, es decir tienen que ver con las situaciones y acciones en el mundo de la vida mientras que las «tipificaciones» se refieren más bien al conocimiento que se emplea para comprender a las personas u objetos. Para el autor las tipificaciones existen en la sociedad y son socialmente aprobadas y se adquieren a través del proceso de socialización y durante toda la vida. Schütz (1962) distingue dos tipos de tipificaciones: las «autotipificaciones» y las «tipificaciones» hacia los demás. Ahora bien, a pesar de que este acervo de conocimiento es dado, cuando estas recetas y tipificaciones no son útiles para desenvolverse ante determinadas situaciones que pueden convertirse en problemáticas, la persona debe crear e incorporar a él nuevas recetas.

2.4.2.1.5. «SIGNIFICADOS» Y «MOTIVOS»

Ambos conceptos son importantes en el pensamiento del autor en cuanto a su comprensión de la acción social. Para Schütz (1932) la acción constituye una conducta humana proyectada por el actor de forma consciente. De tal modo que la acción social es la acción que implica las actitudes y las acciones de otros y está orientada hacia ellos en el transcurso de la acción. Los «significados» se refieren al modo en que los actores determinan qué aspectos del mundo social son importantes para ellos, mientras que los «motivos» tratan de ver las razones que explican las acciones de los actores (Schütz, 1962). Un tipo de significado es el contexto de significado *subjetivo*, es decir a través de nuestra propia construcción mental de la realidad definimos ciertos componentes de la realidad como significativos. Otro tipo sería el contexto

de significado objetivo, es decir el conjunto de significados que existen en la cultura que son compartidos por toda la colectividad de los actores. En cuanto a los motivos, distingue entre «motivos para» y «motivos porque». Los primeros motivos constituyen las razones por las que un actor emprende ciertas acciones para conseguir un objetivo, estos motivos son subjetivos y forman parte de la conciencia profunda. Tan solo existen si la acción se realiza. Al formar parte de la conciencia no son accesibles al investigador, tan solo retrospectivamente. Por el contrario, los motivos porque son objetivos y accesibles tanto para la persona que actúa como para el sociólogo.

2.4.2.1.6. «ROLES», «REIFICACIONES» Y «LEGITIMACIÓN»

Estas herramientas se derivan de las aportaciones al análisis fenomenológico que realizan los autores Peter Berger y Thomas Luckmann con el ensayo *La construcción social de la realidad* (1967). Dichos autores tienen una gran influencia en el desarrollo y consolidación de la sociología fenomenológica por las contribuciones que realizan. Uno de los principales atractivos de esta obra según Ritzer (1999, p.282) consiste en que: “[...] traduce la fenomenología de Schütz (1932) a veces arcaica, a los términos de la corriente principal de la teoría sociológica”. Asimismo, es una obra que pretende integrar y vincular la perspectiva de Marx (1867), Durkheim (1897), Weber (1905) y Mead (1934) y por tanto lo microsociológico y lo macrosociológico, los hechos y las acciones, la objetividad con la subjetividad, etc. (Ritzer, 1999, p.282). De ahí que constituya una de las obras más leídas en el siglo XX. Tal y como los autores explicitan en las primeras páginas del libro (Berger & Luckmann, 1967, p.7): “Nuestra tesis fundamental están implícitas en el título y subtítulo de este libro; ellas son: que la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce”. Los términos claves de dicha tesis son «realidad» y «conocimiento», que no solo se usan corrientemente en el lenguaje cotidiano, sino que llevan tras de sí un largo historial de indagaciones filosóficas. No es preciso que entremos aquí en una discusión sobre las complejidades semánticas en cuanto al uso ya sea cotidiano o filosófico de estos términos” (Berger y Luckmann, 1967, p.11).

Una de las principales aportaciones de Berger y Luckmann (1967) son los análisis realizados sobre la realidad en la vida cotidiana, en concreto sobre el conocimiento que dirige la conducta de las personas en la vida cotidiana. Continuando la línea de análisis de Schütz sobre el «mundo de la vida», conciben la realidad de la vida cotidiana como una realidad intersubjetiva, compartida con otros y donde la interacción *face to face* representa una de las más importantes experiencias de interacción social. En líneas generales, intersubjetividad no se reduce solo al encuentro *face to face*, sino que se amplía a todas las dimensiones de la vida social. De tal modo que, al igual que Schütz (1932), no tienen en cuenta en la concepción de la intersubjetividad la conciencia interior pues la conciben como el vivir humano en una comunidad social e histórica. Ahora bien, para los autores la realidad de la vida cotidiana es aprehendida, por el acervo de

conocimiento que Schütz (1962) señalaba, por el continuo de «tipificaciones».

Según Rizo (2009), el planteamiento general de los autores es basarse en el hecho de que la sociedad es creada por los sujetos, y esta se convierte en una realidad objetiva que a su vez crea también a los sujetos. Dicha tesis, trasladada al campo de los objetivos de investigación de nuestras tesis, plantea reflexionar sobre la construcción social del VIH. Por tanto, se extraen algunas de las nociones y conceptos claves de la obra según Ritzer (1999), y que son pertinentes para nuestra investigación:

- **«Roles»:** Los autores dan una definición del concepto que está fundamentada en la definición sobre la realidad social objetiva. Definen los «roles» como las tipificaciones de lo que se espera de los actores en determinadas situaciones sociales (Berger & Luckmann, 1967). Los roles se diferencian de las posiciones objetivas. Dicho concepto es importante para los autores porque constituyen una mediación o vínculo entre los mundos macro y micro, y por tanto media entre la cultura y conciencia (Ritzer, 1999).
- **«Reificación»:** Este concepto es una herramienta analítica que los autores emplean desde una perspectiva integral del mundo social. No obstante, limitan su uso al fenómeno subjetivo: *la aprehensión de los fenómenos humanos como si fueran cosas, vale decir, en términos no humanos o posiblemente supra-humanos* (Berger y Luckmann, 1967, p.89). La reificación es la tendencia a percibir los productos humanos como si fueran algo distintos, como hechos de la naturaleza, como resultados de leyes cósmicas o manifestaciones de la voluntad divina (Ritzer, 1999).
- **«Legitimaciones»:** Se centran en el conocimiento de esa realidad para legitimar su existencia.

CAPÍTULO III. LAS SOCIEDADES TRADICIONALES: CONTEXTO MICROSOCIOLÓGICO DEL OBJETO DE ESTUDIO

3.1. INTRODUCCIÓN: GUINEA ECUATORIAL

3.1.1. ALGUNAS RESEÑAS HISTÓRICAS

La pretensión española era convertir aquellos territorios en una colonia de producción de determinados productos, entre los cuales el cacao sería el rey. Convertir Fernando Póo en una finca fue el objetivo de los misioneros y administradores coloniales, un objetivo que requeriría la conversión de los indígenas en trabajadores útiles. La acción educativa, por tanto, era la pieza maestra del nuevo modelo (Jacint Creus, 2007).

La realidad social que actualmente llamamos Guinea Ecuatorial fue la denominación que adquiere el país en 1963 tras alcanzar el régimen de autonomía administrativa, política y económica respecto a España. Dicha denominación ha sido el resultado final de una sucesión de diferentes denominaciones que viene a reflejar gran parte de la historia del país; así una variedad de nombres como la Guinea española, Clarence, Santa Isabel, Fernando de Póo, Bioko, etc., pueden encontrarse en la literatura para referirse a esta misma realidad.

El nombre de Guinea Ecuatorial tiene su razón de ser en su enclave geográfico; por un lado ubicado en pleno golfo de Guinea y, por otro, próximo a la línea imaginaria del trópico de Ecuador (véase Mapa 1).

Mapa 1. Guinea Ecuatorial



Fuente: ONUSIDA y MINSABS (2012)

Guinea Ecuatorial pertenece a África Central y representa uno de los países más pequeños del continente africano pues apenas su territorio abarca 28.052,46 km². El país consta de un territorio continental denominado Región Continental o *Mbini* que limita al norte con Camerún, al este y sur con Gabón y al oeste con el océano Atlántico, y un territorio llamado Región Insular formado por la isla de Bioko –antigua Fernando de Póo o Clarence–, la isla de *Annobón* –antigua Pagalú–, la isla de Corisco, las islas de Elobey Grande y Elobey Chico. Dada la ubicación geográfica de estas islas en el Golfo de Guinea, algunas fueron utilizadas durante el siglo XIX como enclave británico para el comercio ultramarino de trata de negros con las Américas como fue el caso de la isla de Bioko (Díaz, 2005).

Actualmente, el país administrativamente se divide en siete provincias (Annobón, Bioko Norte, Bioko Sur, Centro Sur, Kié-Ntem, Litoral, Wele-Nzas) con sus respectivas capitales (San Antonio de Palé, Malabo, Luba, Evinayong, Ebebiyin, Bata y Mongomo), y estas a su vez se dividen en 30 municipios. La capital administrativa y política del país es Malabo, situada en la isla de Bioko. La moneda de cambio es el franco francés. Herencia de la colonización española tiene el castellano como idioma oficial aunque este convive con otras lenguas tribales, como el *fang*, el *bubi*, etc. Estas lenguas tribales son habladas, en mayor medida, en las zonas más rurales mientras que en las zonas urbanas del país la mayoría de la población habla el castellano. Se estima que un 67,6% de la población habla la lengua castellana (CIA, 2013).

La población guineana está configurada por diferentes «grupos étnico» o «tribus»⁴². Actualmente se distribuyen geográficamente de la siguiente forma: los *fang* ubicados en La Región Continental, los *bubis* en Bioko, los *fernandinos* en Bioko y Anobonesa y las etnias *bisio* y *ndowe* en la parte continental.

Asimismo, herencia de la colonización española, el cristianismo católico es la religión oficial aunque esta convive con prácticas paganas derivadas del animismo.

Antes de describir la estructura demográfica, socioeconómica y sanitaria de Guinea Ecuatorial, a continuación se exponen– sin pretender realizar una descripción y un análisis detallado y profundo–, algunas reseñas históricas políticas relevantes, dado que partir de una perspectiva histórica ayuda a entender el contexto actual del país. En primer lugar, se señala por la importancia que ha tenido y tiene para el país su condición de colonia española durante más de cinco siglos. Por otro lado, cabe mencionar

42 Existe un intenso debate entre las diferencias conceptuales entre el término «etnia» y «tribu». Autores/as como Godelier (2010) en *De tribus y etnias: transformaciones históricas y vinculación con los Estados-nación* sostiene que la principal diferencia entre ambos conceptos es que si bien la «tribu» es una ordenación social basada en lazos de parentesco que aseguran a sus miembros el acceso a la tierra, a las mujeres y a la protección, la «etnia» por su parte, en tanto comunidad cultural y lingüística de grupos locales diferentes les proporciona una vinculación identitaria. Frente a esta posición hay autores/as que cuestionan dicha diferencia y señalan que ambos términos se refieren a colectivos diferenciados por determinadas características de tipo cultural y lingüístico. Y, en este sentido, señalan que la distinción de ambos términos es fruto del «etnocentrismo». Pues el concepto de tribu solo hay en África, Asia, América Latina y las llanuras americanas, y las personas que las componen son siempre de color mientras que las etnias siempre se refieren a Europa. El origen viene de cuando los territorios tribales fueron conquistados y sometidos al colonialismo europeo. El término tribu es utilizado por la prensa y la intelectualidad europea, especialmente a partir del siglo XIX, en plena expansión colonial europea, para designar los diferentes grupos étnicos de las tierras conquistadas, a los que la ideología del momento considera "inferiores", menos "civilizados".

que antes de ser colonia española fue una colonia portuguesa en el siglo XV, que por entonces estaba formada por reinos tribales medievales de escasa organización: Reino *Oyo*, Reino del *Congo*, el Reino *Benga* de la isla *Mandj* –posteriormente fue llamada Corisco–, el Reino *Bubi* de la Isla de *Bioko* y las villas estados de los clanes *fang* en la parte continental (Castro & De la Calle, 1992). En 1471 fue "descubierta" por el portugués Fernando Póo, quien en una de sus expediciones a la India descubre la isla *Bioko*, que fue bautizada como la isla de Formosa aunque durante siglos será llamada con el nombre de su descubridor: las islas de Fernando de Póo. Hasta 1778 las islas estuvieron en manos de portugueses, siendo estas utilizadas principalmente para el tráfico de esclavos a Francia, España y Inglaterra. No obstante, hay que mencionar que a pesar de ser una colonia portuguesa, en términos generales fue explotada económicamente por Gran Bretaña a través del comercio de cacao, cereales y esclavos.

En el año 1777 el país fue cedido al Estado español por un acuerdo pactado con la corona portuguesa. España a cambio le cedió determinadas zonas del actual Brasil. Dicho acuerdo fue ratificado un año más tarde con el Tratado de San Ildefonso en 1778. De tal modo que, este nuevo tratado vino a enmendar la separación española de África desde el Tratado de Tordesillas⁴³ (1494) y a permitir mantener un territorio que, por entonces, iba a ser destinado para la obtención de esclavos para las colonias hispanoamericanas (Díaz, 2005). A partir de entonces Guinea Ecuatorial pasó a formar parte del Virreinato del Río de la Plata⁴⁴ hasta la fecha de su disolución con la Revolución de Mayo⁴⁵ (1810). De tal modo que durante el siglo XIX y XX Guinea Ecuatorial –por entonces bautizada como la Guinea española–, fue colonia española. De ahí la razón de ser de que sea el único país africano que tiene el castellano como idioma oficial en la actualidad. A continuación se señalan algunos de los sucesos históricos políticos más importantes de esta etapa:

- 1) **Control hispano-británico de la colonia:** En 1778 sale la primera expedición española de Montevideo para las islas. Esta primera expedición, liderada por el conde de Argalejos acaba en un fracaso debido a las enfermedades tropicales y a la animadversión y resistencia de los “indígenas” (Vilaró, 2009). Según De Castro (2003): “*solo 25 de los 150 hombres iniciales volvieron a Sudamérica. La isla de Fernando de Póo pasaba a la leyenda imperial como lugar malsano y*

43 El «Tratado de Tordesillas» debe su nombre al lugar donde dicho tratado fue firmado entre Isabel y Fernando, reyes de Castilla y de Aragón y el rey Juan II de Portugal. Este Tratado estableció un reparto de las zonas de navegación del Océano Atlántico y del Nuevo Mundo para evitar conflictos de intereses entre España y Portugal.

44 «Virreinato del Río de la Plata» fue creado por España en 1777 como una entidad territorial en América siendo una parte integrante del Imperio español. Integró los territorios de Buenos Aires, Paraguay, Tucumán y Santa Cruz de la Sierra, el corregimiento de Cuyo de la Capitanía General de Chile y los corregimientos de la provincia de Charcas.

45 «La revolución de Mayo» aconteció en 1810 en Buenos Aires provocando el inicio de la guerra de la Independencia Argentina que puso fin a la segregación del virreinato respecto del poder español.

peligroso, y desde entonces solo se acercaron barcos españoles en ocasiones bien contadas". De tal modo que tras este fallido intento el interés del gobierno español por la colonia declina, y Guinea Ecuatorial pasa a ser "la olvidada colonia española". Tal fue el desinterés español por la colonia que en 1841 se plantea su venta al gobierno británico. Sin embargo, los holandeses y británicos –ya instalados en la colonia desde la época de la regenta portuguesa– mantienen y desarrollan sus intereses económicos en las islas. Ahora bien, tras varias expediciones también fallidas (expedición de Vargas en 1854 y en 1858 la expedición de Chacón), no será hasta la muerte del rey Alfonso XII y con la subida al poder de un partido liberal cuando por primera vez se hace efectiva la colonización (Navarro, 2009). Mientras tanto, paralelamente, la colonia española se había ido convirtiendo en una colonia penal donde eran enviados revolucionarios españoles y cubanos (De Castro, 2003). Otro dato importante que hay que resaltar de este periodo es que entre 1826 y 1832 los británicos ocuparon la isla de Bioko con el pretexto de luchar contra el tráfico de esclavos⁴⁶.

- 2) **Viraje liberal (1885-1898):** Esta época se caracteriza por un mayor interés nacional en la extensión colonial. De modo que se inicia una etapa en la que se refuerza la presencia española en las islas por lo que se retoman las expediciones con el objetivo de realizar una toma efectiva del territorio continental que estaba viéndose amenazado por la ocupación de los franceses. De ahí que en 1888 se elaborará el Real Decreto de 17-II-1888 en el que se refuerza la administración colonial. No obstante, el fin de este periodo estuvo marcado nuevamente por el fracaso del gobierno español en su objetivo de hacer efectiva su ocupación en la colonia. Por un lado, se debió a los desacuerdos con Francia y, por otro, a la crisis del 98 en la cual España se enfrenta a EE.UU., abandonando su sueño imperial y perdiendo toda legitimación en las colonias americanas.
- 3) **Colonización clarentinos (1883-1911):** Por primera vez se inicia una etapa en la que llega un gran contingente de españoles. En total se llevaron a cabo 47 expediciones. Estas expediciones tenían un fin altamente patriótico y religioso para atraer a las diferentes tribus y ganar el terreno a los franceses y alemanes que habían ocupado el litoral. En esta etapa se inicia la acción civilizadora. Se dice que es la primera fase de colonización efectiva.

⁴⁶ Hay que recordar que en 1807 Reino Unido firma en el Parlamento "Un Acta para la Abolición del Comercio de Esclavos". Dicha ley ponía fin al comercio de esclavo aunque no a la esclavitud que no será abolida hasta 1883 con el "Acta de Abolición de la esclavitud".

- 4) **Época franquista (1936-1975):** Los territorios africanos actuaron como un mecanismo compensatorio y sustitutorio ante la pérdida de las colonias americanas. Durante la época franquista fueron una vitrina de exhibición, factor de prestigio y fuente de beneficios (Suárez, 1997). En 1959 se lleva a cabo la política de provincialización (Oyono Nguema, 2011). A raíz de la ley de 30 de julio de 1959 oficialmente se le denomina Región Ecuatorial Española organizándose en dos provincias: Fernando Poo y Río Muni. La región fue gobernada por un gobernador general ejerciendo todos los poderes civiles y militares celebrándose las primeras elecciones locales. En esta etapa se llevó a cabo la explotación comercial de la colonia como se declara con el Decreto de 1904. De tal modo que se llevó a cabo la explotación de las plantaciones de cacao y café. El africanismo franquista tuvo un marcado contenido ideológico de carácter esencialista, reivindicativo y nostálgico-propagandístico.
- 5) **Periodo de autonomía española (1963-1968):** En 1963 se realiza un *referéndum* entre la población de estas dos provincias y se obtiene la Autonomía por mayoría. Se le dota de órganos comunes en todo el territorio (Asamblea General, Consejo de Gobierno y Comisario General) y organismos propios de cada provincia. Esta será la fecha en la que adopta el nombre oficial de Guinea Ecuatorial. En noviembre de 1965 el país obtiene la aprobación y el apoyo de la IV Comisión de la Asamblea de la ONU para su independencia y el 12 de octubre de 1968 obtiene la independencia y se constituye la primera Constitución guineana.
- 6) **1968-actualidad:** Tras obtener la obtención de la independencia, se establece el primer periodo político autónomo guineano ejercido por Macías hasta 1979 a través de una dictadura política. En julio de 1970 crea el Partido Único Nacional de los Trabajadores y en 1972 deroga partes esenciales de la Constitución y promulga una nueva Constitución hecha a su medida en 1973. Llevó a cabo un proceso de africanización en el país, como fue el hecho de cambiar los nombres coloniales por nombres nativos tanto de las personas como de las islas, imitando en gran medida el movimiento cultural de la negritud⁴⁷. En 1979 Teodoro Obiang Nguema, su sobrino, dio un golpe de Estado y derroca a Macías el cual será juzgado y ejecutado por un Consejo Supremo Militar presidido por Obiang. En julio 1982, dicho Consejo nombró a Obiang presidente de la República para un periodo de siete años, al tiempo que se elaboraba la tercera Constitución aprobada en *referendum* el 15 de agosto de 1982. En 1983 Guinea Ecuatorial se adhiere a la Comunidad Económica y Monetaria de África central y además en ese mismo año se celebraron las primeras

⁴⁷ La negritud, *grosso modo*, es un movimiento intelectual de rehabilitación, autoafirmación y reivindicación de las culturas negro africanas y negro americanas.

elecciones parlamentarias. Desde entonces hasta ahora el país ha estado gobernado bajo un régimen de república democrática por Obiang Nguema.

3.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA Y SANITARIA

Con el objetivo de describir el contexto microsocial del objeto de estudio de la tesis, en este apartado se exponen, en primer lugar, algunos indicadores demográficos del país dado que permiten un primer análisis y acercamiento a su estructura social. A este respecto, cabe recordar que los datos demográficos constituyen una fuente de información básica y fundamental para entender aspectos claves de la salud poblacional así como del nivel de bienestar y desarrollo social de una sociedad. En segundo lugar, se describen también indicadores básicos socioeconómicos así como sanitarios. No obstante, cabe mencionar que una de las principales dificultades halladas para dicho propósito ha sido la falta de indicadores y estadísticas oficiales que permitan realizar con exhaustividad y precisión dicho análisis. De hecho, esta falta de información y datos suele ser usual en muchos países en desarrollo, y ha sido señalada como una barrera para el diagnóstico de la situación así como para la evaluación de los avances logrados en relación a los ODM por muchos organismos internacionales (Cecchini & Azóca, 2007).

En cuanto a la demografía de Guinea Ecuatorial, un primer dato a señalar es el hecho de que la población indígena representa el 99% de la población total. Según los últimos datos disponibles publicados por la *Central Intelligence Agency* (2013)⁴⁸ (en adelante CIA) sobre la distribución demográfica de las distintas tribus existentes: la tribu *fang* representaría el 85,7% de la población total, el *bubi* 6,5%, el *mdowe* 3,6%, *annobóns* 1,6%, *bujeba* 1,1%. Ahora bien, dichas tribus conviven con una minoría de inmigrantes, nigerianos y cameruneses que representan el 1,4% de la población (CIA, 2013). Asimismo, existe una minoría de alrededor de 25.000 europeos/as que son en su mayoría españoles/as.

Un segundo aspecto a resaltar son las características generales de la estructura y dinámica poblacional de Guinea Ecuatorial, pues según la clasificación establecida por el demógrafo italiano Livi Bacci (1993), presenta las pautas demográficas típicas de las «sociedades pre-industriales»⁴⁹: altas tasas de natalidad, de mortalidad, un crecimiento poblacional lento y bajas puntuaciones en indicadores de urbanización. Concretamente estos parámetros adquieren los valores siguientes:

48 Datos obtenidos a partir del último Censo de Población disponible del año 1994.

49 Existe una multitud de términos que difieren según el autor/a, tal y como se verá más detenidamente en el siguiente apartado, para designar la estructura social y las características de las sociedades antes del proceso de modernización e industrialización.

Tabla 7. Estructura demográfica

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	VALORES
Tasa de natalidad ⁵⁰ :	34.35 por 1000 hab.
- Número medio de hijo/a por mujer:	4,7
Tasa de mortalidad ⁵¹	8,5 por 1000 hab.
Crecimiento poblacional ⁵²	2,5%
Esperanza de vida ⁵³	63,1 años
Población urbana:	39,5% (2011)
Indicador de urbanización ⁵⁴	3,1 % (2010-2015)

Fuente: Elaboración propia a partir de CIA (2013)

La estructura poblacional presenta una tendencia que se halla en una etapa incipiente de «transición demográfica»⁵⁵, según la clasificación establecida por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la CEPAL (1997) respecto a los estadios que las sociedades pre-industriales atraviesan. Dicha etapa se caracteriza por altas tasas de natalidad y mortalidad –aunque esta última con tendencia al descenso en las últimas décadas–, con un crecimiento natural de población moderado, con una estructura de población por edades muy joven y una alta relación de dependencia (véase Tabla 8). No obstante, a pesar del crecimiento poblacional que el país ha registrado en la última década, la población guineana ecuatoriana continúa siendo una de las poblaciones más pequeñas del mundo. Y dado que presenta valores medios de densidad poblacional (26 habitantes por Km), dicho tamaño poblacional responde más bien a la pequeña superficie geográfica que delimita el país.

50 Indica la cantidad de nacidos vivos en un año por cada 1000 habitantes.

51 Indica la proporción de habitantes que fallece en un año por cada 1000 habitantes.

52 Indica el crecimiento de la población en un año y es expresado en porcentaje.

53 Indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes en el momento de nacer no cambian a lo largo de la vida del infante.

54 Indica la relación porcentual entre los habitantes que residen en zonas urbanas y la población total del país medido en un momento concreto.

55 «Transición demográfica»: constituye uno de los paradigmas de la demografía más relevante del siglo XX. La teoría de la transición demográfica explica el paso de una estructura demográfica típica de las sociedades preindustriales a un régimen demográfico típico de sociedades modernas como consecuencia de la revolución industrial.

Tabla 8. Indicadores demográficos

INDICADORES	VALORES
Tasa de natalidad	34,35 por 1.000 hab.
Tasa de mortalidad	8,50 por 1.000 hab.
Crecimiento poblacional	2,5%
Estructura de población por edades:	
15-24 años:	19,4%
25-54 años	31,3%
55-64 años	4,2%
65 años y más	4,1%
Indicadores de dependencia ⁵⁶ :	71,4%
Jóvenes	66,6%
Mayores	4,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de CIA (2013)

Según el último censo de julio del año 2013, la población es de 736.296 habitantes (CIA, 2013); 16.083 habitantes más respecto al año 2011 (UNESCO, 2011); siendo la edad media de la población de 19,2 años (19,8 para el caso de las mujeres y 18,7 en el caso de los varones). En función al sexo, la población se distribuye en el 51,2% de varones frente al 48,7% de mujeres. De tal modo que, tal y como se ha reflejado en la Tabla 8, Guinea Ecuatorial tiene una estructura poblacional caracterizada por ser joven: tan solo el 8,3% de la población tiene una edad mayor de 55 años.

Por otro lado, también se resaltan otros parámetros demográficos que son muy pertinentes como indicadores de la injusticia y desigualdad social que existe en un país. Por ejemplo, los valores que alcanza la tasa de mortalidad materna e infantil así como la desnutrición infantil muestran una radiografía de la pobreza de una sociedad. En Guinea Ecuatorial, concretamente la tasa de mortalidad materna se sitúa en 280 muertes por 100.000 nacimientos, la mortalidad infantil en 145 por 1.000 niños/as nacidos vivos/as y el predominio de desnutrición moderada en niños/as menores de 5 años es de 40% (PNUD, 2011). Todos estos parámetros presentan valores altos, lo cual indica, junto con otros indicadores socioeconómicos, que

⁵⁶ Indica la relación porcentual entre la población inactiva respecto a la población activa.

Guinea Ecuatorial es un país con una estructura social llena de desigualdades sociales.

También los parámetros socioeconómicos relacionados con distintos aspectos de la educación permiten evaluar los niveles de desarrollo social y bienestar de una sociedad. No obstante, antes de exponer algunos datos estadísticos se describen características generales del sistema educativo oficial guineano. Desde 1995, el país dispone de una Ley General de la Educación que regula la actividad en el ámbito educativo así como establece marcos estratégicos orientados hacia el desarrollo de la educación. En primer lugar, hay que mencionar que la enseñanza obligatoria, es decir el número de años o período de edad en que los niños/as están legalmente obligados a asistir a la escuela dura seis años (se inicia a los 7 años hasta los 12 años) y abarca 2 grados. Asimismo, el sistema educativo formal se estructura en: 1. Educación pre-primaria: 4 a 6 años. 2. Educación primaria: 7 a 12 años. 3. Educación secundaria: 13 a 18 años. 4. Educación terciaria: 19 a 21. A continuación se muestran los datos de la distribución de la población en edad escolar según los distintos niveles educativos:

Tabla 9. Distribución poblacional según niveles educativos

NIVELES EDUCATIVOS	PORCENTAJE DE POBLACIÓN
Educación pre-primaria	56,4%
Educación primaria	99,3%
Educación secundaria	88,3%
Educación terciaria	66,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de UNESCO (2011)

Asimismo, otros indicadores disponibles del sistema educativo guineano publicado por la UNESCO (2011) son:

Tabla 10. Indicadores del sistema educativo guineano

INDICADORES	VALORES
Alfabetismo ⁵⁷ (adultos >15 años)	94,2%
Analfabetismo (adultos >15 años):	25.297 hab.
Tasa neta de matrículas en educación pre-primaria	54,0%
Tasa neta de matrícula en educación primaria	58,0%
Tasa de niños/as que no están en la escuela en edad escolar: Por sexo:	40.506 hab. 20.245 niñas y 20.261 niños
Esperanza de vida escolar ⁵⁸ primaria hasta educación superior	8 años en varones y 9 años femenina
Porcentaje de repetidores en primaria	19,0%
Supervivencia ⁵⁹ en el último grado de la primaria	72,0%
Tasa bruta de ingreso en el último año de primaria	52,0%
Porcentaje de transición de primaria a secundaria ⁶⁰	96,0%
Gasto en educación	0,6

Fuentes: Elaboración propia a partir de UNESCO (2011) y CIA (2013)

57 «Tasa de alfabetismo»: número total de personas analfabetas en un grupo de edad determinado y se expresa como porcentaje de la población total de ese grupo de edad. Las fuentes de datos son los censos nacionales de población y encuesta de población activa. El alfabetismo es medido por la capacidad para leer y escribir textos en la población mayor de 15 años (UNESCO, 2013).

58 «Esperanza de vida escolar»: el número de años que una persona de la edad de ingreso escolar puede esperar pasar en el nivel específico de educación (UNESCO, 2013).

59 «Tasa de supervivencia por grado»: El porcentaje de una cohorte de alumnos/as o estudiantes matriculados en el primer grado de un determinado nivel o ciclo de enseñanza en un año escolar dado que se espera que alcancen un grado determinado, independientemente de la repetición (UNESCO, 2013).

60 Primaria para evaluar la transición secundaria (%): Mide la probabilidad de que un alumno/a que hace el último grado de la educación primaria la transición a la educación secundaria general (UNESCO, 2013).

Según los datos publicados por la UNESCO (2013) Guinea Ecuatorial es el país que tiene la tasa de alfabetización más alta de Africa Subsahariana. La inversión que realizó en educación fue del 0,6 de su PIB en el 2012, siendo la paridad en dólares de 19,6 billones (CIA, 2013). En términos generales los indicadores e índices de enseñanza y educación reflejan en los últimos años logros y mejoras. Sin embargo, a pesar de estos avances aún queda mucho por mejorar dado el escaso número existente de instituciones educativas así como la falta de cualificación del personal docente (MAP, 2012). De ahí que el gobierno con el objetivo de paliar este déficit haya establecido el “Programa Nacional de la Educación para Todos en 2015”.

Según el PNUD (2011), Guinea Ecuatorial se encuentra entre los países de renta superior. Esto es debido a los yacimientos de petróleo descubiertos en la década de los noventa. Sin embargo, su IDH sigue estando por debajo del nivel de desarrollo humano medio mundial (PNUD, 2011). En la actualidad representa el tercer productor de petróleo, es decir de *oro negro*, pues su producción ha pasado de 17 barriles por día en 1996 a los 400.0000 en la actualidad (Human Rights Watch, 2009). Se calcula que al día se produce un barril por habitante (Human Rights Watch, 2009). Según datos concretos publicados por la CIA (2013) la producción de petróleo es:

Tabla 11. Producción de petróleo

PETRÓLEO	PRODUCCIÓN /CONSUMO
Petróleo crudo	318 barriles/día
Reservas de petróleo crudo	1.1 mil millones de barriles (enero 2013)
Petróleo refinado	3.074 barriles/día
Petróleo refinado consumo	1.588 barriles/día

Fuente: Elaboración propia a partir de CIA (2013)

Actualmente el sector petrolero representa alrededor de un 95% del PIB y de las exportaciones. Entre 1996 y 2006, el PIB normal de Guinea Ecuatorial fue multiplicado por 35. En el 2011 el crecimiento del PIB real fue de 2,6% (PNUD, 2013). Una de las consecuencias de ello es el hecho de que el sector del petróleo haya desplazado a los otros sectores de la economía como la agricultura y el forestal (MAP, 2012), aunque según las estimaciones, las reservas petrolíferas del país disminuirán mucho o incluso desaparecerán de aquí a 30 años (Campos, 2011). Según el último informe publicado por el Ministerio de Agricultura y Medio Ambiente de la República Democrática de Guinea Ecuatorial (2012) el país se enfrenta al gran reto de diversificar su economía para no depender de la producción de un solo producto.

De ahí que hacia el año 2030, el principal reto para Guinea Ecuatorial sea lograr una economía diversificada que no dependa exclusivamente de la actividad petrolera. No obstante, cabe mencionar que este aspecto también ha sido uno de los objetivos de la cooperación internacional en el país. De tal modo que en la Conferencia en Río de Janeiro (2012), Guinea Ecuatorial reafirmó su compromiso de seguir llevando una política para lograr una economía sostenible así como ratificó los vínculos establecidos con los diferentes gobiernos, organizaciones internacionales e instituciones en materia de cooperación (MAP, 2012). En la Tabla 12 se muestran otros datos macroeconómicos de interés que permiten describir la estructura económica del país.

Tabla 12. Indicadores macroeconómicos de Guinea Ecuatorial

INDICADORES MACROECONÓMICOS	VALORES
Tasa de crecimiento real del PIB	2,00%
Ahorro nacional bruto	26,4%
Composición del PIB:	
Consumo de los hogares:	27,4%
Consumo del gobierno	3,7%
Inversión en capital fijo	42%
Inversión en inventarios	1%
Exportaciones de bienes y servicios	83,7%
Importaciones de bienes y servicios	-57,9%
PIB composición por sectores de origen:	
Agricultura	4,6%
Industria	87,6%
Servicios	7,8%
Superávit	-0,9 del PIB
Deuda pública	9,3%
Tasa de inflación	6,1%
Deuda externa	11.858 millones de dólares

Fuente: Elaboración propia a partir de CIA (2013)

En cuanto al sector de la agricultura el país principalmente produce cacao, café, aceite de palma, banana, arroz y yuca. Mientras que el sector industrial tiene una alta producción en petróleo, gas natural y madera. La madera y el petróleo son los principales productos destinados a la exportación: Japón 18,8%, Francia 16,1%, China 11,7%, EE.UU. 11,3%, Países Bajos 7,2%, España 7,1%, Italia 5,1% (CIA, 2013). Y respecto a los productos importados: equipos del sector petrolero, materiales de construcción, vehículos. Sus principales socios son: España 18,4%, China 17,4%, EE.UU. 11,1%, Francia el 8%, Italia 5,9%, Costa de Marfil 5,3% y Brasil 4,4% (CIA, 2013).

Otro dato económico de interés para la economía del país es la tasa de desempleo que se sitúa en torno al 22,3% en el 2009 y la mano de obra 195.200 personas en el año 2007 (CIA, 2013).

En cuanto a las telecomunicaciones, el país cuenta con red de telefonía fija en las áreas urbanas de las que son usuarios/as aproximadamente 2 de cada 100 habitantes (CIA, 2013). En contraposición de la telefonía digital, son usuarios/as de móviles casi un 60% de la población (CIA, 2013). Respecto a la comunicación internacional, el país cuenta con dos aeropuertos en Bata y Malabo. Los medios de difusión son dominio del Estado, y están limitados por una estación de televisión estatal, una estación de radio de propiedad estatal y una estación de radio privada que es propiedad del hijo mayor del presidente. Asimismo, el servicio de televisión por satélite está disponible y se transmiten varias emisoras internacionales como es el caso de la televisión española. Respecto a Internet son usuarios/as 14.400 (CIA, 2013).

Por último, se analizan datos que ayudan a describir otro pilar del bienestar social de un país: el nivel de salud de la población así como la provisión de servicios sanitarios. En cuanto al estado de salud de la población guineana ecuatoriana se pone de manifiesto que durante los últimos 15 años se ha producido una mejora (ONUSIDA, 2010). Gran parte de esta mejora ha sido debido a los logros alcanzados en la cobertura asistencial de los servicios sanitarios. A este respecto, cabe mencionar que el gobierno en los últimos años ha incrementado la partida presupuestaria que destina al gasto en salud. Sin embargo, a fecha de hoy, aún es insuficiente pues no alcanza un total del 1,7% de su PIB (PNUD, 2011).

En términos generales, y pesar de la mejora producida, Guinea Ecuatorial aún mantiene indicadores de salud que sitúan al país en un IDH medio: 0,5 (PNUD, 2011). Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna, la mortalidad infantil, la vacunación infantil, la nutrición, los índices de VIH, el paludismo, la tuberculosis, entre otras enfermedades, son asignaturas pendientes para alcanzar un nivel de salud poblacional aceptable. Una cuestión importante a señalar debido a que tiene una repercusión inmediata en el nivel de salud de la población es el hecho de ser una zona endémica de alto riesgo respecto al dengue y la malaria. Entre las enfermedades más prevalentes destacan las enfermedades infecciosas y el paludismo,

teniendo esta última una incidencia alta de 3.300 por 100.000 habitantes; ello representa el 61% de las consultas y 37,5% de las causas de mortalidad de los niños menores de 5 años (MAP, 2012). También la tasa de incidencia de la tuberculosis es alta de 500 casos por 100.000 habitantes. Otra vía de transmisión de enfermedades es la animal, siendo alta la prevalencia de la rabia (CIA, 2013). Y por la vía de transmisión de los alimentos destacan: diarrea bacterianas, protozoos, la hepatitis A, la fiebre tifoidea. A continuación se muestran otros indicadores sobre la salud de la población:

Tabla 13. Indicadores de salud

ENFERMEDADES	VALORES
Prevalencia de VIH en adultos	6,0%
Porcentaje de personas viviendo con VIH	20,0%
Muertes por VIH y sida	1000 hab.
Prevalencia de obesidad en adultos	10,6%
Uso del preservativo	10,1%
Índice de salud (al nacer)	0,49
Tasa de contracepción: medio urbano y rural	2,8% urbano y 0,7% rural
Tasa de vacunación en niños menores	34,0%
Incidencia de tuberculosis (1000 hab.)	500 casos

Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA (2011)

Otra asignatura pendiente para mejorar los niveles de salud de la población es el saneamiento del país. En el caso de Guinea Ecuatorial, el porcentaje de población que accede al agua potable es de un 43%: siendo de un 45% para la población urbana frente a un 42% para la población rural (MAP, 2012). De tal modo que más de la mitad de los hogares ecuatoguineanos no tienen acceso a agua potable, bien sea en centros urbanos como en zonas rurales. Cabe señalar que los sistemas de suministro de agua y saneamiento en los grandes centros urbanos están en mal estado. De ahí que a nivel institucional se haya establecido una estrategia de desarrollo cuyo objetivo sea la mejora en la distribución de agua potable como en las infraestructuras, bien sea a partir de la construcción de plantas potabilizadoras como en el desarrollo del sistema de alcantarillado del país (MAP, 2012).

No cabe duda de la mejora producida en cuanto a la cobertura asistencial en los últimos años. Por ejemplo, el 61% de las mujeres embarazadas hace al menos una consulta prenatal; un 44% hace la prueba voluntaria de VIH y sida (ONUSIDA, 2012). Estos indicadores sitúan al país por encima de la media en África Subsahariana. Otro dato importante a señalar en cuanto a la cobertura asistencial es el hecho de que los medicamentos tanto para el VIH como para el paludismo son gratuitos. Según datos del Ministerio de Salud y Bienestar Social de la República Democrática de Guinea Ecuatorial (en adelante MINSABS) el 60% de la población del país tiene acceso a los servicios sanitarios a una hora de camino como máximo (ONUSIDA, 2010). Sin embargo, aún queda mucho por hacer dado que el sistema sanitario guineano se caracteriza por ser un sistema con grandes problemas de accesibilidad, baja calidad, falta de recursos humanos cualificados y poca infraestructura y equipamiento. Por ejemplo, en el año 2006 tan solo el 51% de los partos pudieron ser asistidos por personal cualificado. A continuación se muestran algunos datos que ilustran la falta de recursos humanos:

Tabla 14. Recursos sanitarios

RECURSOS	VALORES
Densidad médica por habitantes	0,3 por 1000 hab. (2004)
Densidad de camas por 100 habitantes	2,1 por 1000 hab. (2010)

Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA (2012)

A este respecto, según la OMS en el año 2004 el país tan solo disponía de 153 médicos, es decir 25 médicos aproximadamente por 100.000 habitantes, 218 enfermeras y 53 parteras (OMS, 2006). En la actualidad, dada la falta de personal, aún el sistema de salud necesita el apoyo de médicos de la cooperación internacional, representando estos alrededor del 70% de los médicos del país (ONUSIDA, 2012). Tan solo existe apenas un psicólogo y dos asistentes sociales que trabajan en el sistema de salud y social (ONUSIDA & MINSABS, 2010)

No obstante, de acuerdo a estimaciones del MINSABS el 80% de la población acude primero a los médicos tradicionales o a los “espiritistas” antes de visitar los servicios de salud del Estado. A este respecto se calcula, según el censo de Asometrage, que hay alrededor de 800 médicos tradicionales en todo el país con sus puestos de salud y clínicas en las ciudades (ONUSIDA & MINSABS, 2010).

A grandes rasgos, el sistema sanitario guineano en la actualidad está diferenciado claramente en

dos grandes ramas muy distintas entre sí: la «medicina tradicional»⁶¹ y «la medicina moderna»⁶². Dentro de la medicina moderna se halla la sanidad pública y la sanidad privada. La sanidad privada ha surgido recientemente como resultado de la necesidad de disponer de una asistencia sanitaria de calidad. Esta sanidad privada tiene una clientela que principalmente consiste en una pequeña parte de la población guineana con alto poder adquisitivo y trabajadores/as expatriados/as. Dicho sistema sanitario privado se configura del siguiente modo (Pérez, 2009):

- Clínicas pequeñas: ofrecen una asistencia de medicina general y pruebas del paludismo, fiebre tifoidea, etc. En términos generales suelen ser clínicas chinas o camerunesas y están distribuidas por todo el país. Dado que dichas clínicas no cumplen con los protocolos sanitarios que el gobierno establece ni con la ley de farmacias, recientemente han sido cerradas muchas.
- Centros de salud: ofrecen medicina general y pruebas diagnósticas que requieren una tecnología mayor que las clínicas pequeñas. Disponen de varios médicos y la calidad de estos centros de salud es aceptable. Estos centros de salud están ubicados en Malabo y Bata.
- Pequeños hospitales: ofrecen asistencia a medicina general y medicina especializada, incluso llevan a cabo intervenciones quirúrgicas. La calidad y el precio es alta. Un ejemplo es la clínica Guadalupe en Malabo.
- Hospital: La calidad es bastante buena aunque su precio es muy elevado. En el país existe el Hospital La Paz en Bata que quizá sea el mejor hospital del Golfo de Guinea.

En cuanto al sistema sanitario público, administrativamente se organiza entre el MINSABS y el Instituto de Seguridad social (Pérez, 2009). El organigrama del Ministerio de Sanidad y de Bienestar Social está constituido por un Ministro de Estado y un Viceministro y tres Secretarios de Estado: 1. Salud Pública y Planificación Sanitaria. 2. Asistencia y Coordinación hospitalaria. 3. Logística e infraestructura hospitalaria. Posteriormente, en una escala inferior formada por diez Direcciones Generales: Salud Pública

61 La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. Recuperado de http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

62 Lo que se conoce como medicina moderna tiene raíces muy antiguas en la historia, pero es a partir de la segunda mitad del siglo XIX en que la medicina científica se establece en forma definitiva como la corriente principal del conocimiento y la práctica médica. Es la medicina asociada a la “medicina occidental” basada en el paradigma de la racionalidad empírica y objetiva.

y Planificación Sanitaria, Asistencia y Coordinación Hospitalaria, Farmacia y Medicina Tradicional, Aprovechamiento de medicamentos, Dirección Multisectorial de Lucha contra el VIH y sida, Dirección General de Sanidad Exterior, Dirección General de Prevención Sanitaria y Bienestar Social y una Inspección General, Dirección General de Infraestructura y Logística, Dirección General de Recursos Humanos y Dirección General del Gabinete del Ministro y una Inspección General.

A nivel intermedio tiene dos Delegaciones Regionales y siete Provinciales. A nivel periférico incluye los hospitales de distrito. Por otro lado, el Instituto de Seguridad social es un organismo de Seguridad Social paraestatal que no está supeditado al MINSABS sino que depende en última instancia de la Presidencia. La idea es disponer de un hospital de Instituto de Seguridad social en cada provincia. Estos hospitales son financiados a través de las cotizaciones de los trabajadores/as y de las partidas que destina el Estado. Cuando las personas acuden a estos hospitales tienen un descuento del 50% en sus facturas con la tarjeta de afiliación de la seguridad social.

La organización del sistema de salud público guineano está basado en tres niveles: 1. Nivel primario, formado por más de trescientos puestos de salud ubicados en zonas rurales consiste en curas o inyecciones y el personal no es sanitario en muchos casos. Hasta hace poco la coordinación estaba en manos de la Cooperación Española. 2. Nivel secundario formado por cuarenta y dos centros de salud públicos. 3. Nivel terciario formado por dieciocho hospitales públicos, once hospitales en distritos y siete en provincias.

En líneas generales, en cuanto al sistema sanitario público moderno establecido en Guinea Ecuatorial, es aún insuficiente para cubrir las necesidades de salud de la población. Requiere por tanto de una mayor inversión por parte del gobierno. Y dado que la situación sanitaria en el país sigue siendo crítica, no solo exige la construcción de centros de salud adecuados sino también la formación del personal.

3.2.1. A MODO DE REFLEXIÓN: UNA SOCIEDAD EN TRÁNSITO

El estudio sobre la evolución y los distintos tipos de sociedad han sido objeto de análisis a lo largo del pensamiento social, y con mucho más énfasis en la disciplina sociológica y antropológica. Dicha curiosidad científica fue en gran medida propiciada por los cambios sociales que iban aconteciendo con el proceso de industrialización o tras el "descubrimiento" de civilizaciones y culturas diferentes a la occidental con la colonización. De ahí que pensadores clásicos como Marx y Engels en su ensayo *La ideología alemana* (1853) ya establecieran diferentes formas y estructuras de las sociedades en su

evolución social: 1. Comunidad tribal. 2. Comunidad greco-latina. 3. Sociedad feudal. 4. Sociedad burguesa (Godelier, 1974).

En el pensamiento social, se establecen distintas clasificaciones, modelos o tipos ideales de sociedades que constituyen herramientas heurísticas para acotar y simplificar las diferentes características y peculiaridades de la estructura social. Existe una gran variedad de clasificaciones y denominaciones elaboradas, tal y como refleja la Tabla 15, según se trate del autor/a:

Tabla 15. Modelos o tipos de sociedad

	DENOMINACIONES/ AUTORES
MODELO 1	Sociedad «feudal», Saint- Simon Sociedad «militar», Spencer «Comunidad», Tonnies Sociedad «primitiva», tradicional» Veblen Sociedad «preindustrial», Bell Sociedad «agrícola» «rural» «premoderna», Toffler
MODELO 2	Sociedad «industrial», «urbana», «científica», «Sociedad», Tonnies «Solidaridad orgánica» «compleja» Sociedad «burguesa» «capitalista», Marx Sociedad «moderna», Simmel, Pareto, Parsons Sociedad de «masas», Korn Hauser Sociedad «materialista», Inglehart
MODELO 3	S o c i e d a d d e l a «información» Sociedad «postindustrial» Sociedad «postmaterialista»

Fuente: Gualda (2000)

No obstante, hay que tener en cuenta que estos diferentes modelos no han sido elaborados desde un marco aséptico, pues dependen de los esquemas teóricos y valorativos de cada autor/a así como del marco temporal y espacial desde que el cual se haya construido (Gualda, 2000).

Desde la antropología estructuralista, dichos modelos de sociedad permiten la generalización y formulación de leyes y la predicción de la vida social (Gualda, 2000). Lévi-Strauss (1974) señala la existencia de características comunes de estas estructuras sociales que hacen universales la estructura familiar, la religión, el misticismo, etc. Godelier (1974) mantiene que dado que estos modelos constituyen tipos ideales sobre los mecanismos de funcionamiento de las sociedades y sus posibles evoluciones basadas en un conjunto de hipótesis, dichos modelos representan las características relevantes de la estructura social de las sociedades.

Por tanto, en relación a la cuestión ¿qué tipo o modelo de sociedad representa la sociedad guineana?, puede afirmarse, con base a los análisis realizados en el apartado anterior, que su estructura social comparte rasgos y características que definen a las sociedades tradicionales. No obstante, tal y como se reflexiona posteriormente, no representa un modelo de sociedad puro en términos clásicos.

A continuación, se exponen una serie de rasgos comunes que comparten las sociedades que se ubican en este modelo. Dichos rasgos han sido extraídos por Gualda (2000) con base a un análisis de las diferentes clasificaciones existentes:

1. Bajo índice de urbanización: su población mayoritariamente reside en el campo y en hábitat dispersos con una forma de vida muy relacionada con la naturaleza y su contacto directo.
2. Economía: predomina el sector primario basado en la agricultura, pesca, ganadería y extracción de materias primas. Nivel escaso de industrialización. Sociedades autosuficientes con poca presencia en el mercado y una economía de subsistencia.
3. Organización del trabajo: existencia de medios tradicionales de producción, tecnología inexistente o escasamente avanzada que requiere mucha mano de obra.
4. Infraestructuras sanitarias, educativas y comunicaciones precarias e información escasa. Analfabetismo.
5. Estructura demográfica: altas tasas de natalidad, de mortalidad, mortalidad infantil y baja esperanza de vida así como grandes mortandades debido a epidemia y guerras.
6. Fuerte control social, gran conservadurismo y presencia de valores religiosos u otras creencias sobrenaturales de gran importancia en las relaciones y grupos informales, costumbres tradicionales y homogeneidad cultural.
7. Sistema de estratificación cerrado, escasa movilidad social, fuertes criterios de estratificación

basados en la adscripción, poderes heredados y obtenidos a la fuerza, siendo predominante los grupos militares, religiosos y oligarquías agrarias.

8. Importancia de la familia extensa de varias generaciones, unidad de producción más que de consumo, asimetría de poderes favorables a varones y ancianos.

Asimismo, González (1989) añade que estas sociedades son culturalmente muy homogéneas, donde el día a día se vive con pautas de pensamiento de sentido común y la continua necesidad de adaptación a la realidad inmediata y cotidiana. Poseen por tanto poca capacidad autocrítica. De tal modo que, según el autor, los marcos ideativos de estas culturas son claros, sencillos y escasos pero útiles, únicos y estables. En este sentido, la tendencia general de estas culturas suele estar caracterizada por un marcado pragmatismo, una inclinación al dogmatismo, utilización de dicotomías y desconexión de los diferentes saberes. Entre las distintas dicotomías que establecen este tipo de sociedades, es relevante resaltar la separación entre el cuerpo y el espíritu, dado que tal y como se analizará en el quinto capítulo, dicha dicotomía determina en gran medida la concepción sobre la salud y la enfermedad que mantienen. Asimismo, los saberes de los distintos espacios como la familia, ocio y trabajo tienen pautas diferentes que son aplicables a un solo espacio. Antropológicamente son sociedades que están orientadas vitalmente hacia adentro, siendo más restrictivas que expresivas. Tienden a ser más receptivas con lo religioso pero guardando suspicacia con lo clerical.

Otro rasgo importante que suele caracterizar a estas sociedades es la importancia que adquiere el sistema de parentesco en la estructura social. En relación al sistema de parentesco del modelo de sociedad tradicional, cabe señalar las aportaciones realizadas a este campo de estudio por el antropólogo Morgan (1864), considerado uno de los fundadores de la disciplina. No obstante, gran parte de su análisis sobre la evolución del parentesco en las "sociedades primitivas" está hoy en día obsoleto debido a su marcada perspectiva biologicista (Godelier, 1974). En contraposición a la perspectiva biologicista, dicho sistema de parentesco tiene un marcado carácter social y económico en estas sociedades. En palabras de Godelier (1974, p.28): “El sistema de parentesco desempeña un papel decisivo en la distribución de los medios de producción y en el control de las mismas de la reproducción de la producción y de las relaciones sociales que corresponda”. Por tanto, el fundamento de este sistema de parentesco se apoya “[...] en la necesidad de aumentar el tamaño del grupo de ayuda mutua y promover efectivamente la solidaridad entre los miembros del grupo” (White, 1959, citado en Godelier, 1974, p.28). Ahora bien, en este sistema de parentesco las funciones y los roles entre los sexos están bien diferenciados. En un sistema de parentesco patrilineal, como es el caso de Guinea Ecuatorial (Fons, 1997), se produce una clara diferenciación de los roles y las funciones entre el hombre y la mujer. En relación a la mujer, en este tipo de sociedades tiene una importancia decisiva en el mantenimiento de las comunidades por sus funciones reproductivas y

económicas. Por ello, es tan importante en estas sociedades ejercer el control de las mujeres, siendo normalmente ejercido por los hombres (Godelier, 1974). Por tanto, las relaciones que se establecen entre los sexos se caracterizan por ser asimétricas y no recíprocas. Por otro lado, en cuanto al matrimonio en las sociedades tradicionales puede ser polígamo o monógamo. Respecto a este campo de estudio, cabe resaltar al antropólogo Lévi-Strauss (1949) que establece como la «poligamia» se refiere tanto a la «poliginia», es decir el sistema en que un hombre se le autoriza tener varias esposas, como a la «poliandria» o sistema complementario en el que varios maridos comparten una esposa (Lévi-Strauss, Spiro & Gough, 1976). En este sentido, hace hincapié en que a pesar de lo que se piensa, en términos generales en las "sociedades primitivas" predomina más el matrimonio monógamo que el estrictamente polígamo. A este respecto, señala que muchas de las sociedades llamadas polígamas no lo son en sentido puro y estricto del término, dado que en el matrimonio polígamo se establece una marcada diferencia entre la primera mujer, la única y auténtica esposa dotada de todos los derechos que le concede el estatus conyugal con las otras mujeres que en ocasiones no son más que concubinas. Por otro lado, también añade que en las sociedades polígamas el privilegio de poseer varias esposas es disfrutado solamente por una minoría. Gran parte de ello explica que se debe a la imposibilidad real de cualquier grupo social dada la distribución proporcional existente entre ambos sexos de 110/100 en favor de uno u otro sexo. Generalmente aquellos hombres que en una cultura polígama pueden permitirse varias mujeres suelen tener un alto poder adquisitivo que le permite poder pagar la compra de las esposas y mantenerlas. No obstante, cabe señalar que aumentar el número de esposas significa incrementar la riqueza.

En cuanto al tipo de familia que, en términos generales, predomina en este tipo de sociedades tradicionales, suele estar caracterizado por la familia extensa, manteniéndose pautas de autoritarismo intrafamiliar. Y respecto a la organización social de estas sociedades, suele estar basada en la organización tribal o en el clan. Son sociedades donde se produce un fuerte control social del individuo. No obstante, el individuo a pesar de estar sometido al control de la conciencia colectiva, puede desarrollar su individualidad siempre y cuando coincida con el mandato colectivo. La forma social se expresa a través de la «solidaridad mecánica» (Durkheim, 1894) con fuertes criterios de diferenciación: edad, sexo y experiencia. En estas sociedades la distinción de los sexos, junto con la edad, es muy acusada cumpliendo diferentes funciones.

Ahora bien, a pesar de que la estructura y organización social de Guinea Ecuatorial se caracteriza más por ser un modelo de «sociedad preindustrial» que de «sociedad industrial», se observa una participación, cada vez mayor, en el mercado global a diferencia de la escasa o nula participación que estas sociedades suelen tener en este mercado. Por tanto, dicho indicador más otros indicadores demográficos y económicos apuntan al hecho de que el país está inmerso en un incipiente proceso de cambio de proceso de industrialización y modernización.

Asimismo, tal y como hemos analizado en el anterior apartado, se pone de manifiesto la presencia de elementos de la globalización política, económica, ecológica y, en última instancia, de la globalización en salud como es el caso de la epidemia del VIH en el país.

3.3. LA EPIDEMIA DEL VIH EN GUINEA ECUATORIAL

Desde hace décadas la pandemia del VIH y sida en la República de Guinea Ecuatorial constituye un grave problema de salud pública que acentúa los niveles de pobreza del país, dificultando por tanto su desarrollo social y económico (OMS, 2006). La situación epidemiológica en Guinea Ecuatorial alcanza niveles de epidemia generalizada (ONUSIDA, 2008), siendo el sida una de las principales causas de morbi-mortalidad de la población (ONUSIDA & MINSABS, 2012). Entre las diferentes cepas que existen del virus, en Guinea Ecuatorial desde el inicio de la epidemia existe un predominio del subtipo de VIH-1. A este respecto, los últimos datos disponibles indican que porcentualmente el 94,4% de los casos son de tipo VIH-1 frente al 2,6% de VIH-2 (ONUSIDA & MINSABS, 2010). Y en cuanto a las vías de transmisión, la más frecuente es la heterosexual seguida por la transmisión vertical y las transfusiones.

Una de las principales limitaciones en el estudio epidemiológico del VIH, al igual que otros aspectos de la sociedad ecuatoguineana, es la falta de datos y estudios que permitan conocer y analizar con precisión la evolución de la epidemia y su patrón de comportamiento (Rodríguez, Blasco, Vargas & Benito, 2011). Por ejemplo, hasta la fecha no se dispone de datos sobre la prevalencia en poblaciones de riesgo como es el sector de población de mujeres dedicadas a la prostitución o la población inmigrante o el cuerpo militar. Este último grupo representa un alto riesgo de infección dada las altas tasas de prevalencia (ONUSIDA & MINSABS, 2010). Tampoco se dispone de información sobre el número de niños/as que son vulnerables a ser huérfanos como consecuencia del sida. Aunque sí se estima, a través del registro de defunciones de sida, que el número de niños/as huérfanos/as de padre y/o de madre en el año 2011 fue de alrededor de 6.018 (ONUSIDA & MINSABS, 2012).

Acorde a los estudios sobre la prevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial, puede afirmarse que desde que en 1988 se registra el primer caso de sida hasta la actualidad (ONUSIDA & MINSABS, 2010), la tendencia de la epidemia se caracteriza por ser creciente: si en 1999 se registraron 205 casos, en el año 2008 los casos incrementan en 4.080, siendo el total de casos acumulados de 20.000 (ONUSIDA & MINSABS, 2012). Sin embargo, tal y como menciona el último informe de 2012, aún para el periodo de tiempo comprendido entre el 2009 y 2011 no se dispone de datos precisos sobre la prevalencia (ONUSIDA & MINSABS, 2012). No obstante, a través de fuentes secundarias se estima en el informe que el número de casos en el 2011 en la población adulta fue aproximadamente de 20.000 casos mientras que para la

población infantil alcanzó 2.600. Ahora bien, dicha estimación queda en entredicho debido a que tan solo en el primer semestre de 2011 se identificaron un total de 1.696 casos seropositivos mientras que se calculaba un total de 1.893 casos para todo el año (ONUSIDA & MINSABS, 2012). La distribución de los casos según la zona geográfica para este primer semestre de 2011 fue:

Tabla 16. Número de casos según provincia, primer semestre de 2011

PROVINCIA	NÚMERO DE CASOS POSITIVOS	PORCENTAJES
Bioko Norte	534	17,8 %
Bioko Sur	22	6,9%
Litoral	485	15,2%
Centro Sur	135	12,4 %
Weles Nzas	293	15,5%
Kie Ntem	225	12,8%
Annobon	2	0,7%
TOTAL	1,7	14,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA y MINSABS (2012)

En la población sexualmente activa, con edades comprendidas entre 15 y 49 años, la prevalencia según los últimos datos disponibles del año 2004 es de 3,2% (4% en mujeres y de 2,9% en varones), no siendo significativa la diferencia entre el medio rural y urbano (3,1% y 3,3% respectivamente) (ONUSIDA & MINSABS, 2012). En la población joven, con edades entre 15-24 años, la tasa adquiere un valor de 1,08% (0,3% en jóvenes de 15-19 años y 2,3% en jóvenes entre 20-24 años). No obstante, cabe señalar que las cifras más elevadas se hallaron en el segmento de población con edades comprendidas entre 30-34 años (8% para los varones y 7,9% en el caso de las mujeres) así como los hombres entre 40-44 años (10%), (ONUSIDA & MINSABS, 2012).

Ahora bien, la situación más alarmante corresponde a las mujeres embarazadas. La tasa de prevalencia para este sector de población ha ido incrementado progresivamente: siendo de 1,4% en 1997 y 7,3% en 2008 (ONUSIDA & MINSABS, 2012). A este respecto, los datos disponibles del 2008 para este sector de población ponen de manifiesto que los grupos más vulnerables son: mujeres con edades comprendidas entre 35 y 39 años (13%), embarazadas que trabajan como comerciantes (19,7%) y

agricultoras (15,4%) (ONUSIDA & MINSABS, 2012). También, dichos datos evidenciaron que el 36% de las gestantes era adolescentes (10-19 años) siendo la tasa de infección del 4,4%. Y, por último, estos datos también apuntan hacia el hecho de que la prevalencia era superior en la región Insular que en la región Continental. Por otro lado, existen datos centinelas sobre la prevalencia para este mismo sector de población que permiten ver cómo ha ido evolucionando en la última década: 6% en 2009, 5,1% en 2010 y 6,3% en 2011 en la región Continental (ONUSIDA & MINSABS, 2012).

No obstante, también hay que señalar que otro de los sectores de población que es muy susceptible de ser infectados de VIH es el de pacientes de tuberculosis por la coinfección de TB/VIH que se produce. A este respecto, cabe mencionar que la prevalencia de coinfección en la última década ha ido incrementado pasando de un 41% en 2008 a 48% en 2010 (ONUSIDA & MINSABS, 2012). Asimismo, debido al sexo intergeneracional existente, las mujeres con edades jóvenes constituyen también un sector de población en riesgo. El sexo intergeneracional expone a las jóvenes de 10-19 años a la infección por VIH, en vista de las altas tasas de prevalencia en hombres mayores de 30 años.

Tal y como se ha mencionado anteriormente son escasos y casi inexistentes los estudios que se han llevado a cabo, bien sea empleando una metodología cualitativa como cuantitativa, que permitan conocer y comprender, más allá de la prevalencia existente, otros aspectos relevantes del VIH. A este respecto, cabe resaltar y mencionar un estudio de corte cuantitativo, el Cuestionario de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (en adelante CAP), realizado en el año 2011 que fue llevado a cabo en la población estudiantil guineana con edades comprendidas entre 15 y 25 años. Dicho estudio ofrece datos sobre el conocimiento y los comportamientos relativos al VIH y sida. En términos generales, los resultados obtenidos apuntan hacia el hecho de que en materia de prevención este sector de población dispone de poca información de cómo prevenir el VIH pues tan solo un 10,2% tiene un conocimiento integrado y rechazan ideas y mitos falsos sobre los mecanismos de transmisión (ONUSIDA & MINSABS, 2012). Asimismo, tan solo un 13,7% utiliza preservativo en las relaciones sexuales y los métodos contraceptivos se utilizan débilmente en las mujeres, lo cual expone mucho más a las mujeres a infecciones múltiples. En cuanto a la transmisión de madre-hijo/a son muy pocos/as los que señalan conocer esta vía de transmisión (21%). Tampoco se conoce que la abstinencia (34,2%), la fidelidad (36,5%) y la utilización del preservativo (50%) disminuyen el riesgo de infección. Además los jóvenes manifiestan varios comportamientos de alto riesgo: casi el 100% ha tenido relaciones sexuales; el 18,6% tuvo su primera experiencia antes de los 14 años y apenas el 7,6% utilizó el preservativo en la primera relación sexual. También más de una cuarta parte de la población entrevistada afirma que mantendría una relación sexual coital sin condón, aún conociendo el riesgo que supone; el 49,5% ha tenido al menos una pareja que mantiene relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses y entre ellos, no más del 13,7% utilizó el preservativo. En cuanto a las pruebas del VIH, tan solo el 21,5% se ha realizado alguna vez la prueba (ONUSIDA & MINSABS, 2012).

Por otro lado, cabe señalar que también se realizó el estudio cuantitativo a través de la administración de un cuestionario que evaluaba las actitudes y la información sobre el VIH en el 2006 a la población de entre 15-49 años mostró que el 2% de la población sexualmente activa se declaraba homosexual (MINSABS & ISCIII, 2006). Sin embargo, este mismo estudio realizado en 2011 muestra que 14,5% de los jóvenes estudiantes varones declaran haber tenido experiencias de carácter homosexual (ONUSIDA & MINSABS, 2012).

3.3.1. LA ERRADICACIÓN DE LA EPIDEMIA: ACTORES Y POLÍTICAS

Dado el gran problema de salud pública que supone la epidemia del VIH para el país, su erradicación requiere de un gran compromiso a nivel institucional por parte de todas las agencias que tienen competencia en esta materia. Asimismo, dado que el VIH y sida constituye una de las enfermedades transnacionales más amenazantes para la salud internacional, en el ámbito del diseño y ejecución de las políticas de prevención y tratamiento de la epidemia en Guinea Ecuatorial está implicada una multitud de actores nacionales como internacionales.

En la actualidad, los actores que intervienen en este campo son (ONUSIDA & MINSABS, 2012):

1. Sector gubernamental guineano representado por el MINSABS a través de los representantes de los diferentes programas (Programa Nacional de Lucha contra el VIH y sida, Programa 10: Lucha contra la Tuberculosis, Programa Nacional de Salud Reproductiva, etc.) y las Células sectoriales de los Ministerios de Educación, Ministerio de Información Turismo y Cultura, Ministerio de Defensa, Ministerio de Seguridad Nacional, Ministerio del Interior y Corporaciones Locales, Ministerio de Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer, Ministerio de Economía, Comercio de Pequeñas y Medianas Empresas, Ministerio de Hacienda y Presupuestos, Ministerio de Planificación e Inversiones Públicas.
2. Sector para-público representado por Instituto Nacional de Seguridad Nacional.
3. La sociedad civil a través de Cruz Roja, AMUsida, Camino, *SportLinkPlus*.
4. Las personas que viven con VIH representadas por la ONG Salud Positiva.
5. Los organismos de Cooperación Bilateral: CRCE-ISCIII, Cooperación Cubana y el Sistema de las Naciones Unidas: OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD/Proyecto Fondo Mundial.

Ahora bien, desde el inicio de la epidemia en 1988 cuando se registra el primer caso de sida, el gobierno guineano ha estado comprometido en la lucha contra la epidemia de su país. De tal modo que, desde la creación por decreto del Comité Nacional de Prevención y de Lucha contra las Infecciones de transmisión sexual y el sida en 1988 hasta la actualidad, el gobierno ha ido desarrollado todo un marco institucional, legal y estratégico para llevar a cabo las acciones y prioridades en la prevención y tratamiento de la epidemia:

Tabla 17. Estrategias y medidas en la prevención del VIH

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE LUCHA CONTRA EL VIH /SIDA	AÑO
Decreto Nr 3: Creación del Comité Nacional de Prevención y de Lucha contra las Infecciones de transmisión sexual y el sida	1988
Primer Plan a mediano plazo 1993-1995	1993
Segundo Plan a mediano plazo 1996-2000	1996
Creación del Consejo Nacional de lucha contra el sida y la Secretaría Ejecutiva	2001
Decreto Nr 78/2001: Aprobación del Plan Marco estratégico 2002-2006 y Plan de Urgencia 2002-2003	2001
Decreto Nr 8/2002. Nominación del Secretario Ejecutivo del Plan Nacional de lucha contra el sida	2002
Decreto Nr 9/2002 Nominación del Director General del Plan Nacional de lucha contra el sida	2002
Creación del MCP (CCM), por orden ministerial 2002 Orden Ministerial de regulación de la venta y distribución del preservativo	2002
Estrategia: Prevención de Transmisión vertical madre-hijo	2003
Orden Ministerial Nr 1/2004 que regula el uso de la prueba rápida y confirmación del VIH 2004	2004
Estrategia: Marketing social del preservativo 2004	2004
Política Nacional de Transfusión sanguínea 2005	2005
Ley Nr 3/2005 de “Prevención y lucha contra las Infecciones de transmisión sexual/VIH/sida y la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas”	2005
Estrategia de Aceleración de la prevención	2006
Decreto de ley que incorpora la gratuidad en el tratamiento 2006	2006
Plan de Urgencia de lucha contra el sida 2009-2010 -Sector Salud	2009
Marco Estratégico 2009-2013	2009

Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA y MINSABS (2010; 2012)

En cuanto al marco institucional, cabe señalar que una de las acciones principales que el gobierno ejecuta fue la creación de los planes estratégicos, siendo el primero en el año 1993. Desde entonces hasta ahora, dichos planes constituyen el instrumento básico mediante el cual el gobierno establece y desarrolla las principales prioridades en la intervención del tratamiento y prevención de la epidemia. Asimismo, el año 2001 con la creación del Programa nacional también supuso un impulso en el proceso de institucionalización de la problemática el VIH y en el compromiso político. En la actualidad dicho programa está compuesto por los siguientes dispositivos institucionales de pilotaje y de coordinación (ONUSIDA & MINSABS, 2012):

1. El Consejo Nacional de Lucha contra el VIH y sida que es la instancia central cuya misión es la orientación y el control de la epidemia.
2. La Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional cuya función es de coordinación y monitoreo.
3. La Dirección General de Coordinación Multisectorial que coordina la respuesta de las diferentes Células sectoriales.
4. La Comisión Técnica de consulta.
5. Las 7 Células Sectoriales constituidas por los siguientes ministerios: 1. Educación, Ciencia y Deportes. 2. Defensa; Seguridad Nacional; Interior y Corporaciones Locales. 3. Planificación e inversiones; Economía, Comercio de Pequeñas y Medianas empresas; Hacienda y Presupuesto; Asuntos Exteriores, Cooperación Internacional y Francofonia. 4. Trabajo y Seguridad Social; Función Pública, Justicia y Culto; Minas, Industria y Energía. 5. Asuntos Sociales y Promoción de la Mujer; Agricultura y Bosques, Infraestructuras, Pesca y Medio Ambiente. 6. Información, Turismo y Cultura; Telecomunicación y Transporte. 7. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social.

Por otro lado, cabe también mencionar que en esta fecha se realiza la primera sesión de revisión de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH y sida con la finalidad de evaluar los avances y logros alcanzados en dicha problemática. Fruto de esta reunión se adopta la Declaración Política del gobierno que incluirá nuevos compromisos y objetivos. De tal modo que, el documento del Marco Estratégico elaborado para el 2002-2006 tuvo en cuenta e incluyó tanto enfoques regionales como

internacionales, como a todos los sectores de la sociedad y las personas que viven con VIH, así como la necesidad de descentralizar las acciones en aras de una mayor eficacia y efectividad (ONUSIDA & MINSABS, 2010). Concretamente se identificaron los siguientes ejes estratégicos:

Tabla 18. Ejes estratégicos

ESTRATEGIAS
• Prevenir nuevas infecciones a través de Información, educación y comunicación
• Reducir la transmisión sexual, materno-fetal y transfusional
• Realizar el tratamiento y cuidado efectivo del máximo posible de enfermos
• Limitar el impacto de la epidemia en las personas afectadas y en la sociedad
• Promover la compasión, el respeto y la solidaridad
• Reforzar las capacidades institucionales de intervención

Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA y MINSABS (2012)

Ahora bien, según el último informe (ONUSIDA & MINSABS, 2012) los campos prioritarios de acción en este nuevo marco estratégico fueron: la prevención; la información, educación y comunicación; la comunicación para el cambio de comportamiento; la promoción de la seguridad transfusional; la prevención de la transmisión madre-hijo; la reducción de la vulnerabilidad de las mujeres y jóvenes ante la epidemia y el Manejo de casos de VIH y sida. Sin embargo, no se tuvo en cuenta acciones en beneficio de los huérfanos y niños vulnerables (ONUSIDA & MINSABS, 2010). Y en cuanto a los objetivos generales que se establecieron fueron: 1. Modificar los comportamientos de riesgo. 2. Reducir en al menos 5% por año las nuevas infecciones en los diferentes grupos de población. 3. Reducir la transmisión por transfusión sanguínea. 4. Reducir de 75% la tasa de la transmisión del VIH madre-hijo. 5. Mejorar los ingresos económicos de las mujeres y de jóvenes en situación de crisis. 6. Favorecer la introducción de programas de intervención, incluso los terapéuticos antirretroviral a través de la puesta en marcha de condiciones de identificación de casos y seguimiento biológico de los/as pacientes. 7. Organizar el apoyo médico y psicosocial de los/as pacientes. 8. Prevenir y reducir la estigmatización de las personas que viven con VIH y sus familias. 9. Construir un dispositivo de gestión del marco estratégico y de orientación programática. 10. Mejorar las capacidades institucionales en gestión y en coordinación.

En el año 2006 tuvo lugar una nueva Declaración Política sobre el VIH y sida cuyo punto de

partida fue la Declaración de Compromiso adquirida en el año 2001. Esta Declaración hace eco del consenso mundial existente para alcanzar el Objetivo del Milenio número 6: Detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH y sida para el año 2015. Y, por tanto, en relación a ello, establece los siguientes objetivos claves:

Tabla 19. Objetivos 2015 y VIH

OBJETIVOS 2015
• Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH
• Reducir en un 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios/as de drogas inyectables
• Garantizar que no nazca ningún niño con el VIH
• Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida
• Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con VIH
• Eliminar las desigualdades de recursos para el sida en el mundo y trabajar para aumentar los fondos de 22 a 24 mil millones de dólares por año. Reconocer que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez (2007)

Otro de los aspectos más importante a señalar para el año 2006, dada la gran repercusión que tiene para el incremento de la accesibilidad asistencial así como para la eliminación de las desigualdades sociales en salud, fue el compromiso político que se adquiere de proporcionar a la ciudadanía los medicamentos gratis para el tratamiento. Hasta junio del año 2011, el país recibe el apoyo financiero y técnico del Fondo Mundial de Lucha contra el sida del PNUD en la compra y distribución de los medicamentos para el tratamiento. Por diferentes motivos, dicha cooperación fue suprimida durante unos meses, asumiendo el gobierno toda la responsabilidad en cuanto a su gestión aunque en la actualidad se ha retomado parte de la cooperación en esta materia entre PNUD y el gobierno.

El último Marco Estratégico 2009-2013 fue elaborado y validado en el año 2007. En el año 2009 igualmente se elabora un Plan de Urgencia de lucha contra el sida 2009-2010 del sector salud, aunque fue llevado a cabo parcialmente por falta de recursos. A continuación, en la Tabla 20 se muestra los principios y estrategias de este último Marco:

Tabla 20. Marco estratégico 2009-2013

PRINCIPIOS	ESTRATEGÍAS
Acceso universal y equidad	Refuerzo Institucional de la Coordinación de la Respuesta y de la Movilización de recursos
Respeto a los derechos humanos	Acceso Universal al reconocimiento del VIH y a la Prevención
Servicios holísticos basados en las necesidades de las personas	Acceso universal al Seguimiento, Tratamiento y Apoyo de las personas que viven con VIH adulto/niño
Descentralización	Acceso Universal de Grupos vulnerables al Apoyo Integral con Enfoque de Género
Organización, participación y responsabilidad compartida	Transversal: Refuerzo de la Multisectorialidad, Descentralización y Alianzas
Multisectorialidad, intersectorialidad y apropiación	Transversal: Refuerzo de las Capacidades Nacionales
Buena gobernabilidad	No se especifica estrategia
Respeto de las tradiciones y valores	No se especifica estrategia

Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA Y MINSABS (2012)

Los objetivos que se marcaron con base a estos principios y estrategias fueron (ONUSIDA & MINSABS, 2012):

1. Favorecer la puesta en marcha de un marco institucional de gestión y de coordinación eficaz, en el principio de los Tres “Unos”, para hacer frente a la epidemia del VIH y sida, que funciona en un ambiente favorable a la multisectorialidad y a la apropiación, cumpliendo con el 90% de las acciones programadas.
2. Promover que un mayor número de personas conozca su estado serológico y que el 80% de la población adopte comportamientos de riesgo mínimo para el VIH (sexo seguro, abstinencia, bioseguridad, etc.).
3. Reducir en 25% la prevalencia del VIH en jóvenes entre 10-24 años.

4. Reducir el número de niños infectados por la vía vertical de madre a hijo en 50%.
5. Eliminar el riesgo de infección por VIH a través de las transfusiones sanguíneas.
6. Mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y reducir en 50% la mortalidad asociada al VIH y sida en adultos y niños.
7. Reducir el impacto bio-psicosocial y económico del VIH y sida en personas que viven con VIH, mujeres y huérfanos y niños/as vulnerables.
8. Ampliar la respuesta al VIH y sida a través del incremento en 50% de la participación de los sectores del gobierno (parlamento, ministerios), la sociedad civil (asociaciones de personas que viven con VIH, y otras) y del sector privado del nivel central al nivel periférico; a través de alianzas estratégicas nacionales y asegurando una buena coordinación con otros programas nacionales conexos.
9. Reforzar las capacidades nacionales a fin de que el 90% de los procedimientos de Gestión, Vigilancia Epidemiológica, Monitoreo, Evaluación; Prevención; Tratamiento; Investigación; Protección y Apoyo Bio-Psicosocial y Económico sean aplicados en los ejes correspondientes y en los 3 niveles de intervención: central, intermedio y periférico.

En términos generales, los campos principales de intervención en las políticas llevadas a cabo han sido: prevención, tratamiento y sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación del VIH y sida. En cuanto a la prevención, cabe señalar que desde los inicios de la epidemia las intervenciones estaban dirigidas hacia este campo. En un principio las acciones de prevención estuvieron orientadas a la realización del diagnóstico a través de equipar laboratorios y capacitar al personal. Dada que una de las principales vías de transmisión ha sido la transfusión de sangre, este constituye un gran frente de batalla para la prevención. De tal modo que, se han desarrollado una serie de proyectos para prevenir este contagio, como es el tamizaje de las unidades de sangre de donantes. A pesar de todos los avances alcanzados, aún no se dispone de un plan de garantía de calidad externo. Aunque para ello está en proyecto la apertura de un banco de sangre recién construido. Asimismo, otro frente ha sido prevenir la transmisión vertical de madre-hijo/a. A este respecto, se han alcanzado muchos logros, como muestra el aumento de casos diagnosticados pasando a ser de 199 en el año 2000 a 4.698 en el año 2008, aunque aún queda mucho por hacer como el hecho de no realizarse test a los hijos/as de madres diagnosticadas ni seguimiento hasta los 18 meses del bebé. De ahí que dadas las dificultades existentes la Primera Dama de la Nación lideró en el año 2010 la Campaña Nacional de Prevención de la Transmisión del VIH de la madre al hijo. Otras de las estrategias importantes de prevención implementadas ha sido la puesta en marcha de la consejería pre y post-test en el proceso de diagnóstico por acto único. También han sido llevadas a cabo y promocionadas

campañas masivas de promoción del preservativo y de la realización de la prueba diagnósticas. Esto ha permitido que ya en el año 2006, el 32,5% de la población entre 15-49 años se haya realizado la prueba y conozca el resultado. En el año 2008, se realizaron 25.280 pruebas del VIH en voluntarios, sospechosos de portar el virus, mujeres embarazadas, donantes, pacientes con tuberculosis y personas que han sufrido un accidente, con una tasa global de primera prueba positiva de 16,14%. Asimismo, recientemente se ha empezado a trabajar desde la educación sexual en los colegios. Sin embargo, aún quedan pendientes de trabajar con poblaciones específicas que son muy vulnerables como las mujeres trabajadoras del sexo.

En cuanto a la cobertura asistencial para tratar la infección del VIH y sida no será hasta el año 2003 cuando Guinea Ecuatorial disponga de antirretrovirales. Antes de esta fecha las personas infectadas de VIH viajaban al extranjero en busca de asistencia sanitaria. En esta fecha se crean las Unidades de Referencia de Enfermedades Infecciosas que serán las encargadas de dar asistencia sanitaria en cuanto al tratamiento y seguimiento de las personas que viven con VIH. Estas Unidades de Enfermedades Infecciosas fueron creadas en las principales provincias del país: Bata y Malabo. Datos disponibles al respecto datan que a fecha del año 2008, 1.463 pacientes en estado avanzado de infección por el VIH habían recibido alguna vez tratamiento. De tal modo que con el objetivo de incrementar la accesibilidad en el año 2009 se crean dos Centros de Tratamiento Ambulatorio, y se inicia por tanto un proceso de descentralización de la atención integral de personas que viven con VIH. En cuanto al proceso asistencial de la terapia antirretroviral se ha desarrollado dos protocolos de actuación, siendo el último implementado en el 2009 con la finalidad de alcanzar una atención integral. En el año 2011 se creó el primer Centro Provincial de Tratamiento. De tal modo que un total de 2.432 personas que viven con VIH recibieron terapia antirretroviral en el año 2010, número que prácticamente fue doblado en el año 2011 con 4.597 personas que viven con VIH beneficiarios, de los cuales 91 son niños. Además en el año 2011 se encuentran registrados 2.146 personas que viven con VIH adultos y 48 niños en seguimiento.

Otro de los grandes pilares de intervención ha sido establecer un sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación. A este respecto, en el año 2009 se aprueba el primer manual nacional de seguimiento y evaluación. Sin embargo, hasta el momento no ha sido posible su implementación debido a la falta de recursos humanos y financieros. Asimismo, en el año 2010 se actualiza el protocolo nacional de vigilancia centinela en centros de control prenatal aunque aún queda pendiente su validación. En el año 2011 se validó el primer protocolo nacional de los Indicadores de Alerta Precoz para la fármaco vigilancia del VIH y se puso en marcha la evaluación de los indicadores de alerta precoz en centros de tratamiento seleccionados.

Y por último, recientemente con el objetivo de disminuir el estigma y la discriminación social de las personas que viven con VIH están iniciándose estrategias como es el caso de la iniciativa

gubernamental de prohibir la obligatoriedad del test de VIH en el acceso a cualquier tipo de documentación ya sea para nativos o para extranjeros.

3.3.1.1. LA EXTENSIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN

En salud pública, está consistentemente demostrado que la realización de un diagnóstico precoz de VIH es un instrumento eficaz tanto para prevenir y tratar la enfermedad como para combatir la epidemia. En contextos epidemiológicos de niveles de epidemia generalizada de VIH, como es el caso de Guinea Ecuatorial, las organizaciones internacionales en la materia recomienda implementar el “*Provider implementation testing and counselling*” (en adelante PITC); es decir ofrecer las pruebas diagnósticas y asesoramiento sobre el VIH a todas las personas que hacen uso de los servicios sanitarios, independientemente de que presenten o no síntomas de enfermedad (OMS, 2002).

El objetivo que se pretende es promover la realización de pruebas diagnósticas –y por tanto incrementar el conocimiento sobre el estado serológico de la población–, como vehículo para la prevención y el manejo precoz de casos. Concretamente se recomienda implementarla en servicios sanitarios que atienden a poblaciones vulnerables, personas menores de 10 años, adolescentes y en servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, prenatal, posparto y quirúrgicos (Kayigamba et al., 2008). Dicha medida preventiva se fundamenta en la evidencia científica existente respecto a los beneficios que reporta conocer el estado serológico: a nivel individual; inicia y mantiene comportamientos preventivos en la adquisición y transmisión del VIH; proporciona un acceso inmediato al cuidado, tratamiento y apoyo de las personas que viven con el VIH; mayor eficacia de las intervenciones para prevenir la transmisión de madres a hijos; y mejor calidad de vida futura. Y a nivel comunitario; disminuye la negación, el estigma y discriminación que rodea al VIH y moviliza las ayudas para una adecuada respuesta (Paltiel et al., 2005). Asimismo, existe también evidencia de que en términos de coste efectividad es rentable realizar la prueba a todas las personas independientemente de que hayan adquirido o no conductas de riesgo (OMS, 2003). Por tanto, en la actualidad aumentar el conocimiento sobre el estado serológico en la población constituye un imperativo para combatir la epidemia en aquellos países que presentan niveles de epidemia generalizada (Odiambo et al., 2008).

Dicha situación, altos porcentajes poblacionales sin diagnosticar en países que viven niveles de epidemia generalizada con Índices de Desarrollo Humano medio y bajo –como es el caso de Guinea Ecuatorial– se explica en gran medida por la falta de cobertura y asistencia sanitaria que caracteriza a estos países. De ahí que organizaciones internacionales, como la OMS, planteen como requisito necesario para

combatir la epidemia la accesibilidad y cobertura del diagnóstico y tratamiento del VIH. Ahora bien, uno de los aspectos esenciales a tener en cuenta que la evidencia científica ha puesto de manifiesto en cuanto a la eficacia y efectividad en la implementación del PITC es asegurar y garantizar una buena accesibilidad de los servicios sanitarios donde estén implementados y de las pruebas diagnósticas. A este respecto, los resultados de unas evaluaciones llevadas a cabo en Kenia y en el Congo tras la puesta en marcha del PITC señalan la existencia de una serie de barreras y facilitadores que influyeron en su implementación y eficacia. En ambos países la accesibilidad representó una barrera y no un facilitador, por lo que en las conclusiones de dichas evaluaciones se hace hincapié sobre la conveniencia y pertinencia de llevar a cabo estudios de corte cualitativo que proporcionen información para orientar la implementación de estos programas así como la identificación de las barreras y facilitadores socioculturales y económicos (Hoog et al., 2008). De tal modo que, un paso necesario para garantizar la eficacia de los PITC es evaluar previamente la accesibilidad de los servicios sanitarios en los que va a ser implementado. En relación a ello, recientemente han sido publicadas dos revisiones sobre el tema que concluyen la pertinencia de realizar estudios previos que permitan identificar la estrategia más adecuada así como la “*best praxis*” para su implementación (Evans & Ndirangu, 2009).

3.4. EL PROYECTO ESEVIGUE: JUSTIFICACIÓN

3.4.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Al igual que otros ámbitos, en el escenario para el diseño y puesta en marcha de políticas y estrategias contra la epidemia del VIH/sida en Guinea Ecuatorial están presentes actores transnacionales. Y entre los diferentes actores que intervienen, el ISCIII del Ministerio de Economía y Competitividad de España, en un marco de cooperación bilateral, presta asesoramiento técnico al país en materia de VIH, entre otros.

Los antecedentes de esta cooperación bilateral entre ambos países se hallan en 1979 en las relaciones diplomáticas establecidas entre España y Guinea Ecuatorial. Aunque nunca se rompieron la relaciones entre ambos países tras la descolonización, no siempre las relaciones diplomáticas fueron fáciles. De ahí que en marzo de 1977, a raíz de las constantes controversias, España suspendiera dichas relaciones. No obstante, después de la caída de Macías, en 1979 vuelven a retomarse, y desde entonces hasta ahora España ha mantenido buenas relaciones diplomáticas con la ex-colonia. De tal modo que en 1979 los dos países firmaron acuerdos permanentes para la cooperación económica y técnica, las concesiones privadas, y las relaciones comerciales.

En el ámbito más concreto de la cooperación al desarrollo el primer marco institucional entre España y Guinea Ecuatorial se establece en 1895. Desde entonces hasta ahora en España vienen desarrollándose políticas de cooperación bilateral en diversos campos, tales como la educación, la salud pública, medio ambiente, etc.

La presencia en el ámbito de la cooperación científico-técnica del ISCIII en Guinea Ecuatorial se remonta a la década de los 90, con el Proyecto de Ayuda al Control del Paludismo en la isla de Bioko (1991-2000) con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional. En el marco de este proyecto, se desarrollaron otras líneas de actuación en el ámbito de las infecciones responsables de diarreas y el seguimiento epidémico de la infección por el VIH. Este proyecto se mantuvo de forma continuada durante toda esta década en Guinea Ecuatorial. En el ámbito de la Salud Reproductiva, Materna e infantil se desarrolló un proyecto con fondos de la Unión Europea desde 1996 hasta 2001. En este periodo con la asistencia técnica del ISCIII se crearon los Laboratorios de Referencia de Parasitología y Microbiología ubicados en los Hospitales Regionales de Malabo y Bata.

A finales del año 2001, la Agencia Española de Cooperación Internacional decide unificar todos los proyectos de asistencia al control de enfermedades endémicas de Guinea Ecuatorial que venía financiando a distintas instituciones españolas y, en el 2002, aprueba la propuesta presentada por el Centro Nacional de Medicina Tropical del ISCIII de un proyecto global de asistencia técnica a los Programas Nacionales de Control del Paludismo, Tripanosomiasis, Tuberculosis y Lepra, VIH/y sida y a los Laboratorios de Referencia de Parasitología y Microbiología de los Hospitales Regionales de Malabo y Bata bajo el título de “Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial”. Este proyecto se ha ido renovando con diferentes tipos de subvenciones hasta febrero de 2014.

El proyecto Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial surge con un objetivo: “Fortalecer al Sistema Nacional de Salud de Guinea Ecuatorial en la lucha y control de las enfermedades endémicas presentes en el país”. El proyecto es fruto de las necesidades identificadas por la Dirección General de Salud Pública y Planificación Sanitaria del MINSABS, con el apoyo del equipo de asistencia técnica del ISCIII y en sintonía con las prioridades del Plan Director de la Cooperación Española.

En marzo de 2007, tras la realización de una evaluación externa, se inició un proceso de cambio en el proyecto y subsiguiente elaboración de un nuevo Programa de Cooperación Científico-Técnica acorde con:

1. Los cambios socioeconómicos que en los últimos años ha vivido el país y su influencia sobre los indicadores de salud; que suponen un reto importante para el gobierno de Guinea Ecuatorial y para

los organismos que llevan a cabo programas de cooperación al desarrollo en el país, comprometidos con un desarrollo sostenible y una mejora de las prestaciones de servicios a la población.

2. La necesidad de alinear y armonizar los objetivos de las asistencias técnicas del Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial con los establecidos en el recién formulado Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social “Hacia el Horizonte 2020”, impulsado y auspiciado por el jefe de Estado en la II Conferencia Económica Nacional.
3. La actual estrategia de Cooperación Española con Guinea Ecuatorial que deja patente la importancia del fortalecimiento institucional y el desarrollo de las capacidades locales en el ámbito de la salud.
4. Las orientaciones y objetivos del ISCIII, que como organismo público de investigación y de salud pública, tiene como objetivos principales el apoyo científico y técnico, así como el fomento de la investigación en biomedicina y ciencias de la salud con el objetivo de desarrollar políticas de salud públicas basadas en la evidencia científica.

3.4.2. PERTINENCIA DEL ESTUDIO

Debido al contexto epidemiológico de niveles de epidemia generalizada de VIH que padece el país, las autoridades nacionales así como los distintos actores internacionales con competencia en la lucha contra la epidemia en Guinea Ecuatorial plantean como prioridad para alcanzar su desarrollo social y económico invertir el curso de la epidemia. De ahí que organismos internacionales en la materia como es el caso de ONUSIDA recomienden considerar la tasa de prevalencia de VIH como un indicador clave para evaluar el progreso y avance del país (ONUSIDA & MINSABS, 2010).

En este marco, en el año 2006, las autoridades nacionales guineanas adoptan la Declaración Política sobre el VIH y sida. En dicha Declaración se hace eco del consenso mundial existente en la consecución del Objetivo del Milenio 6: Detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH y sida para el 2015 (ONUSIDA & MINSABS, 2012)

Ante este escenario las autoridades sanitarias guineanas, acorde a las recomendaciones de las organizaciones internacionales, establecen como prioridad en el Marco Estratégico del Plan Nacional de Lucha contra el VIH y sida (2008-2012): “La extensión y universalización de las pruebas diagnósticas del

VIH a toda la población general, independientemente de que presenten o no sospechas de haber sido infectados”.

En cuanto al porcentaje de la población guineana que se ha realizado el diagnóstico, hasta la fecha no se dispone de datos concretos al respecto. No obstante, una aproximación puede hallarse a través de los datos recabados respecto al conocimiento del estado serológico que la población general dispone. Dichos datos se obtuvieron a través de un estudio realizado por el ISCIII en el año 2006, el cual empleó una metodología cuantitativa, basada en la administración de un cuestionario a toda la población general. Los resultados del estudio apuntan hacia el hecho de que casi tres cuartas partes de la población desconoce su estado serológico (MINSABS, 2006).

Ahora bien, estos datos agravan cuantitativamente y cualitativamente la epidemia, pues ponen de manifiesto el riesgo latente existente de que la epidemia pueda crecer de forma exponencial a causa de la transmisión de personas que desconocen que son portadoras. Por otro lado, dicho desconocimiento evidencia la vulnerabilidad de esta sociedad ante la epidemia, pues se sabe que conocer el estado serológico supone el primer paso tanto para prevenir como para tratar la enfermedad (OMS, 2002).

No obstante, en relación a la realización de las pruebas diagnósticas, los resultados del estudio también apuntan a que el 95,2% de los guineanos/as que dicen ignorar su estado serológico estarían dispuestos/as a realizarse las pruebas diagnósticas (MINSABS, 2006). De modo que, a la vista de estos datos, a priori, a diferencia de otros países africanos donde el estigma que rodea al VIH implica un obstáculo para la prevención y el tratamiento, cabría esperar y estimar que la implementación de programas y estrategias orientadas a promocionar la realización de pruebas diagnósticas sobre el VIH tendría una buena aceptación por parte de la población. Además, hay que añadir que dicho conocimiento constituye hoy en día un derecho para todas las personas (OMS, 2007). Aunque han sido implementadas algunas de las recomendaciones internacionales de la OMS en relación al diagnóstico (Pope et al., 2008) no se han realizado evaluaciones al respecto.

Por otro lado, tampoco se dispone de datos que permitan conocer y evaluar la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios que ofertan las pruebas diagnósticas y el tratamiento del VIH en Guinea Ecuatorial. No obstante, el país presenta una cobertura asistencial y una prestación sanitaria más ventajosa que otros países con similares características, lo cual permite a la población guineana, en un principio, tener mayor accesibilidad al diagnóstico y al tratamiento del VIH (MINSAB, 2010). Por ejemplo, tanto la realización de pruebas para el diagnóstico como la medicación antirretroviral para el tratamiento son ofertadas a la población gratuitamente.

En términos de cobertura asistencial, se estima que el 60% de la población guineana tiene acceso a los servicios sanitarios a menos de una hora de camino andando (MINSABS, 2010). Sin embargo, a pesar de estas facilidades y ventajas comparativas, no se ha producido ni un incremento en la demanda de pruebas diagnósticas ni mayores porcentajes de personas que están en tratamiento. Por tanto, estos resultados ponen en entredicho la capacidad del sistema sanitario guineano para hacer real la accesibilidad de los servicios de diagnósticos y tratamiento a la población. Asimismo, advierten también de la posible existencia de factores que van más allá de la esfera de lo económico y que pueden estar interfiriendo entre la población y la accesibilidad y utilización del servicio de pruebas diagnósticas y de tratamiento del VIH.

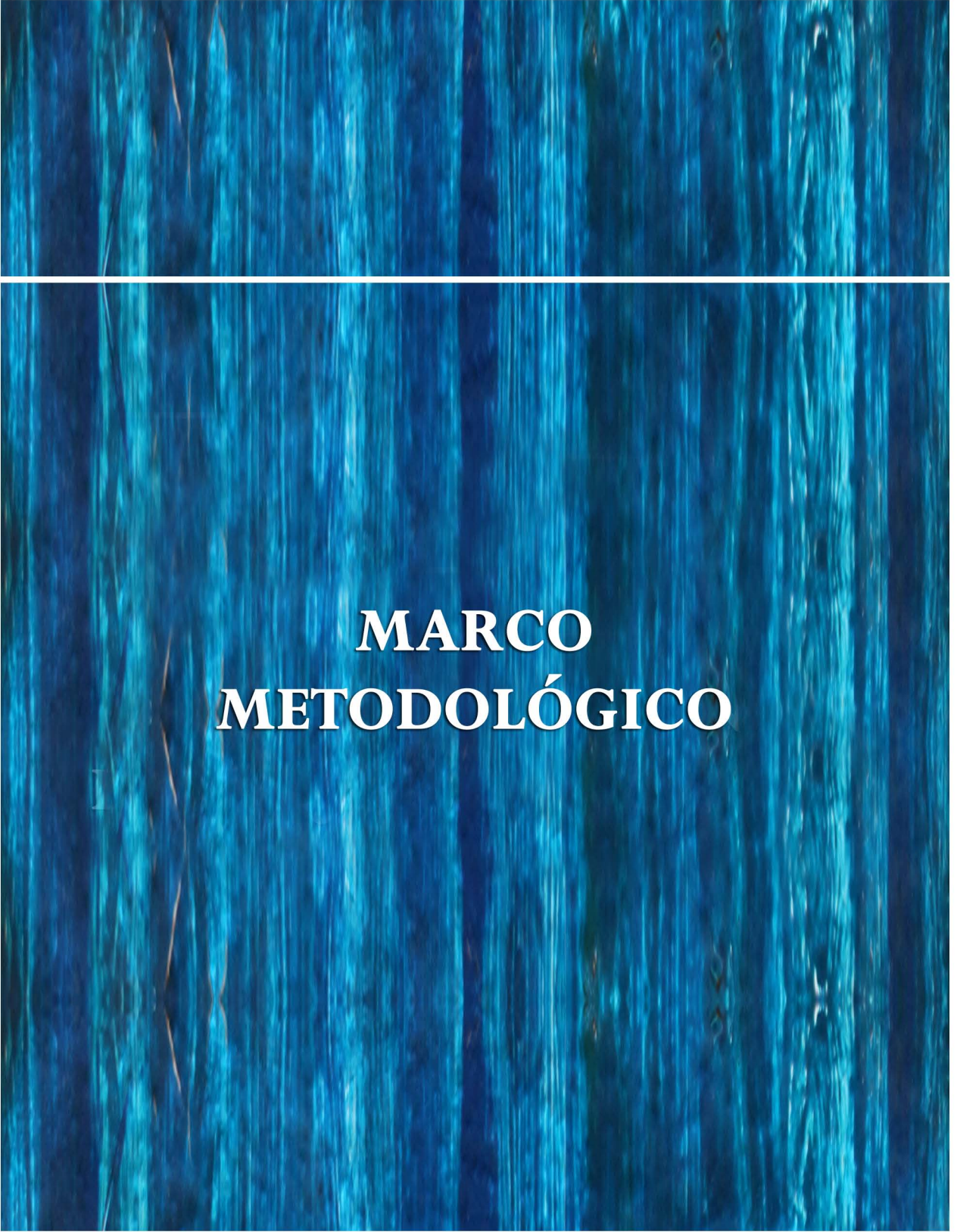
De igual modo, la accesibilidad y calidad de estos servicios también se ven en entredicho si se tiene en cuenta que un porcentaje considerable de población que accede a estos servicios no continúa el proceso asistencial, abandonando el servicio de pruebas diagnósticas y tratamiento del VIH (Harries, Zachariah & Lawn, 2009). Aunque no se dispone de datos oficiales que den a conocer este hecho, el MINSABS calcula que aproximadamente el porcentaje de abandono gira en torno al 30%, siendo mayor la proporción de varones que abandonan. No obstante, las consecuencias que se derivan de este incumplimiento terapéutico o de esta deficiente adherencia no son solo sanitarias sino también clínicas, psicosociales y económicas, lo cual reviste de más seriedad al problema (Stuart & Behets, 2006). Por ejemplo, disminuye la esperanza de vida y la calidad de vida de la persona, aumenta el riesgo de transmisión de VIH, supone un gasto ineficiente de recursos económicos, una deficiente relación entre médico-paciente, entre otras consecuencias. Sin embargo, a pesar de su impacto en la salud pública y para la prevención y tratamiento de la epidemia del VIH en Guinea Ecuatorial, aún se desconoce cuáles pueden ser las razones que expliquen estas altas tasas de abandono.

Grosso modo no se dispone de información que sea útil para la adecuación de estas recomendaciones al contexto sociocultural de Guinea Ecuatorial así como para apoyar el diseño y la planificación en la implementación de estas estrategias y programas.

En este contexto el ISCIII en sus funciones de cooperación bilateral con el MINSABS plantea la pertinencia de llevar a cabo un estudio sociológico, que posteriormente será bautizado con el acrónimo ESEVIGUE, sobre el fenómeno de la epidemia del VIH en el país. A este respecto, cabe mencionar que una de las funciones del Instituto de Salud Carlos III es *Fortalecer al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de la República Democrática de Guinea Ecuatorial en la lucha contra las principales endemias presentes en el país*, dando prioridad al paludismo, la tuberculosis y el VIH y sida mediante el desarrollo de las capacidades institucionales, la generación de conocimiento y el apoyo a la ejecución de las estrategias nacionales de manejo (diagnóstico y tratamiento), control y prevención.

Concretamente se plantea llevar a cabo una investigación de corte cualitativo que proporcione un conocimiento hermenéutico sobre la epidemia del VIH en Guinea Ecuatorial con la finalidad de poder orientar y apoyar el diseño de políticas y estrategias eficaces, efectivas y eficientes en este campo. Asimismo, debido a la falta de investigaciones, y por tanto de datos tanto cualitativos como cuantitativos, el estudio supone la primera investigación cualitativa que se lleva a cabo en el país cuya finalidad es dar respuestas a cuestiones que las estadísticas no pueden resolver como: ¿por qué las personas abandonan el tratamiento a pesar de ser los antirretrovirales gratuitos?, ¿qué incidencia tiene la medicina tradicional en la adopción de prácticas preventivas ante el VIH y en concreto ante el diagnóstico?, ¿cuáles serían las barreras y facilitadores en implementar el diagnóstico precoz?, ¿existe estigma?, etc.

De tal modo que, el Centro de Medicina Tropical del ISCIII, plantea realizar en agosto del año 2009 el estudio “Evaluación de la accesibilidad y utilización del servicio de diagnóstico del VIH en Guinea Ecuatorial” (ESEVIGUE) con financiación de la Agencia española de Cooperación al Desarrollo. Dicho estudio es el proyecto inicial del cual surge la presente tesis. Por esta razón, algunos de los objetivos que se plantean en el estudio se analizan en los objetivos de investigación del presente trabajo de investigación.



MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV. EL DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. EL ENFOQUE MULTIMÉTODO: PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

Para la consecución de los objetivos de este trabajo de investigación se ha empleado un «enfoque multimétodo» basado en la combinación y pluralidad de diferentes métodos que abarca desde el análisis de fuentes secundarias cuantitativas, tal y como ha sido la descripción realizada en el capítulo anterior sobre el contexto social de Guinea Ecuatorial, o la triangulación de los resultados obtenidos con otras fuentes primarias, así como el análisis de fuentes primarias cualitativas en la comprensión del fenómeno social estudiado.

El enfoque multimétodo puede ser definido como “Una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para la indagación sobre un mismo fenómeno u objeto de estudio a través de los diferentes momentos del proceso de investigación como puede ser la concepción de la investigación y preguntas asociadas, la selección del enfoque de investigación, el levantamiento y análisis de la información y la interpretación de los resultados e inferencia” (Ruiz, 2008, p.17).

Dicho enfoque tiene su razón de ser en la premisa de que la realidad social se concibe desde una visión dialéctica, sistémica y dinámica. Por tanto, la realidad social va a ser definida en función a un contexto caracterizado no solo por regularidades sino también por procesos aleatorios y no lineales, donde la ambigüedad e incertidumbre derivada de la complejidad de los hechos sociales puede ser la característica definitoria. De tal modo que, con el objetivo de comprender dicha complejidad, inherente a la realidad y a los hechos sociales, se plantea una integración y síntesis entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa.

Las virtudes que han sido señaladas de esta opción investigativa son muchas. Por ejemplo, Bericat (1998) hace hincapié en que la integración de ambos métodos permite compensar las debilidades de cada método así como potenciar sus aspectos favorables. Afirmar (Bericat, 1998, p.34): “[...] no puede postularse una cantidad sino de una determinada calidad y, a la inversa, que no puede postular cualidad sino en una cantidad determinada”. Ruiz (2008) pone el énfasis en que dicha integración permite una mayor flexibilidad en la adaptación de las necesidades que van surgiendo en el proceso de comprensión y explicación de la realidad estudiada, pues la realidad social se caracteriza por su multidimensionalidad y complejidad. Kaplan y Duchon (1998), resaltan otras ventajas como es el hecho de que combinar diferentes métodos proporciona una información contextual y cuantificable. Y, por último, también se ha

señalado que la recolección de diferentes tipos de datos, mediante diferentes métodos y fuentes, genera una información de alcance mayor (Bonoma, 1985).

4.2. EL PARADIGMA CUALITATIVO: EL ESTUDIO DE CASO ESEVIGUE

El método de investigación empleado en el proyecto ESEVIGUE ha sido el «estudio de caso». La elección de dicho método se fundamentó en la validez que este tipo de metodología ha mostrado tener en la comprensión y análisis de aquellos fenómenos y problemas que presentan múltiples variables y que están estrechamente vinculados al contexto (Coller, 2005).

Ahora bien, este método no constituye una metodología nueva ni reciente. Según Bericat (2009) ya aparece vinculada a los orígenes de la sociología clásica a través de diversos referentes sociológicos en Spencer (1864), Weber (1905) o Merton (1968). No obstante, su máximo exponente va a ser la Escuela de Chicago. Sin embargo, a pesar de que actualmente se aplica en mayor medida en las ciencias sociales, aún no se han consensuado ni establecido las características y propiedades comunes de dicho método. En cuanto al origen de la etnografía, cabe mencionar que se remonta a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, estando fuertemente vinculado a las disciplinas de la antropología cultural y la sociología. Por ejemplo, de la mano de la antropología cultural hay que señalar el famoso estudio publicado en la obra *Los argonautas del Pacífico occidental* (Malinowski, 1922) sobre los nativos de la zona occidental de Nueva Guinea de Boas. Y de la mano de la sociología, la Escuela de Chicago también contribuye al desarrollo y enriquecimiento de esta metodología mediante las aportaciones que se realizaron con una serie de investigaciones etnográficas realizadas entre 1910 y 1940 para entender la vida urbana de la ciudad de Chicago. Tal es el caso del estudio etnográfico de *Street Corner Society* (Whyte, 1939). En estas investigaciones etnográficas se emplearon métodos cualitativos, tales como la observación participante o la entrevista en profundidad.

En cuanto a su acotación teórica, pueden encontrarse en la literatura científica numerosas definiciones que al analizarlas ponen de manifiesto diferentes concepciones y formas de entender este proceso de investigación. Según Álvarez y Maroto (2012), el «estudio de caso» constituye un término que sirve de “paraguas” para toda una familia amplia de métodos de investigación cuya característica básica es la indagación en torno a un ejemplo. Yin (1989), uno de principales referentes en el estudio de este tipo de métodos, señala que esta forma de investigar permite el estudio de un caso concreto cuyos resultados permanecen válidos solo en el caso específico estudiado. Asimismo, indica que una de las virtudes de esta metodología consiste en proporcionar una percepción más compleja del objeto de estudio. Por tanto, considera el objeto de estudio como una entidad holística cuyos atributos pueden ser entendidos en su

totalidad, en la medida en que se estudia como un todo. Según el autor, este tipo de metodología se realiza a través de las siguientes fases: 1. Diseño del caso de estudio. 2. Conducción del caso de estudio: preparación de la recolección de datos y recolección de datos. 3. Análisis del caso de estudio. 4. Elaboración del reporte del caso de estudio.

De modo que, dado que pueden existir muchas formas de hacer estudios de casos, un rasgo distintivo de este tipo de métodos lo constituye su finalidad de comprender la realidad objeto de estudio: “El estudio de caso es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 2005, p.12). En este sentido, desde una perspectiva interpretativa, se plantea que su objetivo fundamental es comprender el significado de una experiencia (Coller, 2005). De ahí el conocimiento de lo particular, de lo idiosincrásico, teniendo en cuenta que el contexto sea una razón de ser de las investigaciones basadas en estudios de caso. A este respecto, Yin (1989) enfatiza la importancia que tiene contextualizar el objeto de investigación en este tipo de estudios, pues se trata de realizar una investigación empírica dirigida a estudiar un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto debido a la imposibilidad de separar a las variables de estudio de su contexto.

En cuanto al estudio de caso ESEVIGUE, y en concreto sobre qué tipo de estudio de caso que se ha llevado a cabo, entre de los distintos tipos o modelos existentes se ha realizado un «estudio de caso colectivo» (Stake, 2005). Dicha modalidad se caracteriza por centrar la investigación en el estudio de un fenómeno –que en el caso de este trabajo de investigación ha sido el VIH en Guinea Ecuatorial–, a través de casos que han sido estudiados intensamente para llegar a la comprensión de dicho fenómeno.

En términos generales, muchos autores resaltan que este tipo de metodologías se caracteriza por llevar a cabo un proceso descriptivo y holístico, en la medida en que se realiza una comprensión holística de un sistema cultural en acción (Feagin, Orum & Sjoberg, 1991). A este respecto, Pérez (1994, p.85) señala que “[...] los estudios de casos son particularistas, descriptivos y heurísticos y se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos”.

Álvarez y Maroto (2012), tras realizar una revisión de este tipo de metodología, establecen una serie de características básicas de los estudios de casos. Dichas características van a diferenciarles de otros métodos de investigación. Estas características, a saber, son: 1. Descripción contextualizada del objeto de estudio, pues un valor principal consiste en descifrar las relaciones entre una situación particular y su contexto. 2. Son estudios holísticos, pues se estudia la realidad social con una visión profunda, reflejando por tanto la complejidad del fenómeno objeto de estudio, y ofreciendo una visión total del mismo. 3. Reflejan la peculiaridad y la particularidad de cada realidad/situación a través de una descripción densa y fiel del fenómeno investigado. 4. Son heurísticos en la medida en que persiguen la comprensión del

fenómeno social objeto de estudio. 5. Su enfoque no es hipotético. 6. Se centran en las relaciones y las interacciones. 7. Estudian fenómenos contemporáneos analizando un aspecto de interés de los mismos y exigiendo al investigador una permanencia en el campo prolongada. 8. Se dan procesos de negociación entre el investigador y los participantes de forma permanente. 9. Los estudios de caso incorporan múltiples fuentes de datos y el análisis de los mismos se ha de realizar de modo global e interrelacionado. 10. El razonamiento es inductivo pues las premisas y la expansión de los resultados a otros casos surgen fundamentalmente del trabajo de campo, lo que exige una descripción minuciosa del proceso investigador seguido.

Por tanto, este tipo de métodos se ubica dentro de los diseños cualitativos y remite inevitablemente a la «etnografía», y máxime cuando en el trabajo de investigación de la presente tesis se ha aplicado el estudio de caso en un contexto cultural diferente al de la investigadora principal. Ahora bien, en este trabajo de investigación, el término «etnografía» ha sido definido de forma genérica. Así, entre las diferentes acepciones que pueden encontrarse en la literatura, acorde a la definición dada por Hammersley y Atkinson (1994, p.15) se define como: “Un método o conjunto de métodos, siendo su principal característica que el etnógrafo participa en la vida de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice y haciendo preguntas”. Por tanto, la etnografía es la forma más básica de hacer investigación social, pues se asemeja notablemente a los modos rutinarios con que la gente da sentido al mundo de la vida. De tal modo que, al aplicarlo al caso de estudio de esta tesis, la etnografía que se ha llevado a cabo ha consistido en comprender cómo la población guineana da sentido al fenómeno del VIH.

La etnografía consiste en describir detalladamente situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Asimismo, cabe señalar una de las características más esenciales de la etnografía es la incorporación de lo que los/as participantes dicen, sienten, viven, piensan, sus actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresadas por ellos/as mismos (Coller, 2005).

Entre los distintos tipos que pueden llevarse a cabo, en el caso ESEVIGUE el tipo de estudio de caso aplicado ha sido una etnografía a nivel micro. Este tipo de etnografía consiste en llevar a cabo el estudio y el trabajo de campo en una sola institución social, o en una o varias situaciones sociales o unidades de análisis, siendo en nuestro caso de estudio la unidad de análisis el fenómeno del VIH. Asimismo, con base a la clasificación de Morse (1994) se ha realizado una etnografía particularista basada en la aplicación de una metodología holística a la unidad social de VIH.

Un último aspecto que a mencionar, en cuanto a las unidades de análisis o fenómenos a describir por la etnografía, son las diferentes perspectivas que pueden aplicarse: «*etic*» y «*emic*». Ambas perspectivas

han sido muy bien ilustradas en los trabajos realizados por el antropólogo Harris (1977), quien definió la «perspectiva emic» como las explicaciones que una comunidad considera válidas sobre sus actos, o el significado de situaciones o hechos mientras que la perspectiva «etic» son las explicaciones científicas de un observador externo de esos mismos actos, situaciones y hechos. No obstante, tal y como mostró Harris (1977), a veces la descripción *etic* y *emic* de un mismo fenómeno no coinciden, lo cual hace muy pertinente atender a ambos tipos de descripciones. Ambas perspectivas, tal y como se verá en los siguientes capítulos de este trabajo de investigación, han sido empleadas en las descripciones sobre el VIH en la sociedad guineana.

4.2.1. EL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo del estudio de caso ESEVIGUE ha sido llevado a cabo a través de un enfoque cualitativo. En cuanto a su fundamentación, en el segundo capítulo de la tesis se argumentó la relevancia que las teorías sociológicas de la fenomenología y del constructivismo, entre otras, adquieren para el estudio del *continuum* salud y enfermedad, y por ende para el análisis y comprensión del objeto de estudio de este trabajo de investigación (Rodríguez & Blasco, 2014). Dichas teorías constituyen, por tanto, un instrumento pertinente para entender cómo los/as guineanos/as dotan de significado al fenómeno del VIH en el contexto de su realidad cotidiana a través de la construcción social de recetas, tipificaciones, *folkes*, etc., que aplican para ordenar y clasificar dicha realidad. De modo que son especialmente útiles para captar cómo organizan y dan sentido al mundo subjetivo, a las experiencias, y al sentido social que adquiere el VIH como fenómeno social.

Por consiguiente, las estrategias metodológicas empleadas han sido cualitativas, basadas en la aplicación de un conjunto de técnicas de producción y análisis de información, bien en el diseño o en el desarrollo del estudio de caso. No obstante, cabe mencionar que la validez que este tipo de métodos ha mostrado tener en el entendimiento de los factores que afectan a la salud y la enfermedad (Lupton, 1992), así como para la planificación estratégica de los servicios sanitarios, está suficientemente contrastada (Bryman, 1984; Rodríguez, Millán, Venegas & March, 2010).

En cuanto al diseño del estudio de caso, ha de mencionarse que en primer lugar en el verano del 2009 se realizó una primera visita a Guinea Ecuatorial con el objetivo de conocer el contexto social y cultural de la problemática que iba a ser investigada así como tener una primera toma de contacto con el objeto de estudio (véase Anexo I). La finalidad específica consistió en recabar información para elaborar un primer esbozo del diseño del protocolo del estudio de caso. Concretamente fue aplicada la observación no participante y la entrevista individual con el objetivo de cotejar la factibilidad de algunas cuestiones técnicas contempladas en el diseño inicial del protocolo de investigación y la pertinencia y validez de

algunos aspectos metodológicos de la investigación como la constitución de la muestra, las estrategias de captación de participantes, la definición y descripción del proceso asistencial de los servicios de diagnóstico y tratamiento, así como la formación del equipo de investigación en Guinea Ecuatorial. Por tanto, se recabó información preliminar a través de las técnicas mencionadas anteriormente. En el caso de la observación directa, esta fue llevada a cabo en diversos escenarios, tal como el entorno hospitalario, curanderías y Centros de Tratamiento Ambulatorio. Y en el caso de las entrevistas individuales abiertas, fueron realizadas al personal sanitario, a organizaciones no gubernamentales, así como a ciudadanos/as guineanos (véase Anexo II). De modo que se recabó información pertinente sobre diversos aspectos teóricos y metodológicos claves del diseño de investigación. Por ejemplo, cómo se organizaban los recursos sanitarios de la medicina moderna ecuatoguineana, específicamente en Bata, para dar respuesta a la problemática del VIH en el país, o cómo se organizaban los dispositivos en el caso de la medicina tradicional, o los rasgos estructurales de la sociedad guineana, etc. Por tanto, con la recogida de esta información preliminar se contrastó y pilotó el diseño inicial de la investigación de estudio de caso ESEVIGUE en relación a la factibilidad de algunas cuestiones técnicas contempladas en el protocolo, así como la pertinencia y validez de esta metodología de investigación. En consecuencia, algunos aspectos técnicos y metodológicos del diseño inicial del estudio fueron modificados. Este fue el caso de la muestra que se había diseñado inicialmente. En relación a esto último, la información recogida permitió adecuar los distintos perfiles poblacionales contemplados. También fueron modificadas algunas de las estrategias establecidas en el protocolo inicial sobre la captación y reclutamiento. Y, por último, cabe también mencionar que se recabó información para apoyar el diseño y elaboración de los instrumentos de recogida de información.

Asimismo, durante esta primera estancia, también se constituyó un grupo de investigación formado por personal sanitario guineano, ubicado en Bata y Malabo, con la finalidad de dar apoyo en el desarrollo del proyecto de investigación. De tal modo que, con base a la experiencia en cuanto al VIH así como el nivel de formación adquirido, fueron identificadas tres personas guineanas para formar parte del equipo de investigación. Las funciones que estas personas desarrollaron durante el proceso de investigación fueron:

1. Prestar apoyo para el pilotaje de los instrumentos de recogida de investigación.
2. Apoyar y acompañar el desarrollo del trabajo de campo.
3. Triangular los resultados a través del «método de investigadores diferentes»⁶³ (Dezin, 1970).

Ahora bien, dada la falta de formación en investigación de las personas que formaron el equipo de investigación guineano, y máxime en metodologías cualitativas de investigación, se impartieron talleres formativos sobre investigación social y, en concreto, del estudio de caso ESEVIGUE. No obstante, tras esta primera estancia y con el objetivo de continuar la formación, así como de establecer un mecanismo de

63 Según Dezin (1970) dicho método se origina a través de la constitución de equipos multidisciplinares.

coordinación entre el equipo de España y de Guinea Ecuatorial, se creó una plataforma virtual en el entorno *moodle*, mediante la cual se dio continuidad a las sesiones de formación (véase Anexo III). También fue utilizada la aplicación *skype* como instrumento de apoyo para la coordinación y formación.

Asimismo, esta primera visita permitió indagar y explorar la adecuación de una de las líneas de trabajo establecidas en el diseño inicial del estudio, así como decidir que inicialmente el estudio se realizaría en Bata capital por las facilidades logísticas y del equipo. Respecto a las líneas de trabajo establecidas, el antropólogo Malinowski (1922), señala que en los estudios de caso, en contraposición del clásico concepto positivista de hipótesis propio de estudios cuantitativos, se definen «problemas preliminares» (Malinowski, 192, p.8-9, citado en Hammersley & Atkinson, 1994):

“Estar bien preparados teóricamente no equivale cargar con ideas preconcebidas. Si una persona que se embarca en una expedición está determinada a verificar ciertas hipótesis y es incapaz de cambiar cuantas veces sean necesarias su punto de vista y deshacerse de apriorismos cuando las evidencias así lo aconsejan, resulta innecesario decir que su trabajo no será de ningún valor. Sin embargo, cuantos más problemas lleve consigo al campo, más propenso sería a moldear la teoría de acuerdo con los hechos y a ver los hechos en relación con la teoría y mejor preparado estará para el trabajo. Las ideas preconcebidas son perniciosas en cualquier tipo de trabajo científico, pero aventurar problemas preliminares es la principal cualidad de un científico, y esos problemas se revelan por primera vez al observador a partir de sus estudios teóricos”.

De modo que uno de los problemas preliminares del estudio de caso ESEVIGUE fue establecido en función de la información recabada en esta primera estancia a través de la observación y las entrevistas, así como de la preocupación e interés de determinados agentes con competencia en materia de VIH respecto a esta cuestión así como la literatura científica de fuentes secundarias. Dado que en Guinea Ecuatorial, al igual que muchos países africanos (Statistics South Africa, 2012), la medicina tradicional es una de las principales opciones asistenciales sanitarias que la población practica –y en algunas regiones y poblados, dada la falta de accesibilidad de la medicina moderna, se presenta como la única opción posible–, y dado que es la medicina convencional o moderna la que oficialmente lidera y ofrece asistencia, tanto en términos preventivos como de tratamiento del VIH, surge una de las principales cuestiones: ¿hasta qué punto la medicina tradicional puede interceder, bien sea a modo de barrera o facilitador en la prevención y tratamiento del VIH?, ¿hasta qué punto sería más exitoso en la aceptación de la población del diagnóstico precoz del VIH su provisión a través de la medicina tradicional?

En nuestro caso de estudio, indagar estas cuestiones fueron claves por la finalidad práctica de la investigación: proveer de información pertinente a los diferentes actores con competencia en el diseño y

ejecución de políticas de prevención y tratamiento de VIH en Guinea Ecuatorial.

A este respecto, tanta es la presencia que tiene la medicina tradicional en muchos de los países africanos, que organismos internacionales expertos en materia de VIH recomiendan trabajar conjuntamente con los líderes de la medicina tradicional, entre otras cuestiones de salud pública (Chitindingu, Gavin & Gow, 2014). Por tanto, el principal problema quedó planteado del modo siguiente:

“Los elementos culturales propios de las "sociedades primitivas" que configuran la concepción de la salud, del cuerpo, la vida, la muerte, la enfermedad y la medicina, interceden en la adquisición de hábitos y comportamientos para la prevención del VIH. Y en este sentido, la medicina tradicional supone un obstáculo para la continuidad del tratamiento de las personas de VIH así como para su diagnóstico pudiendo ser esta una de las principales causas de abandono. De tal modo que esto puede ser una de las razones de más peso del abandono y de la falta de adherencia de las personas que viven con VIH. Asimismo, de cara a la implementación de políticas y estrategias eficaces en la prevención del VIH tendría que tenerse en cuenta el valor que la medicina tradicional adquiere en la población guineana ecuatorial”.

Así que con base a ello se establecieron algunos objetivos de investigación. Ahora bien, dichos objetivos están contenidos en los objetivos generales de este trabajo académico que han sido expuestos al inicio del documento:

- Conocer las percepciones y significados que adquiere la salud y enfermedad en la sociedad guineana así como del VIH.
- Identificar las posibles barreras y facilitadores, bien sean de índole social, cultural y económica que pueden interceder en las estrategias de prevención del VIH, y en concreto en la adopción voluntaria del diagnóstico precoz en la población guineana.
- Identificar las posibles barreras y facilitadores en la accesibilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Identificar los motivos de abandono del servicio de diagnóstico y tratamiento del VIH.

Y, por último, cabe mencionar sobre esta primera estancia en el país, que una vez finalizada la primera aproximación a la problemática de estudio y formado el equipo de investigación guineano, se procedió a dar a conocer el proyecto de estudio a las diferentes agencias y actores con competencia en el campo de las políticas de prevención y tratamiento del VIH en el país. El objetivo de esta presentación fue

doble, por un lado, presentar el estudio a los diferentes actores y agentes con competencia en materia de VIH en el país para cotejar y contrastar la validez, adecuación y pertinencia del planteamiento, y por otro solicitar el consentimiento a la Comisión Ética de Investigación del MINSABS (véase Anexo IV). Finalmente acudieron a la convocatoria para la presentación del estudio de caso ESEVIGUE representantes de diferentes agencias con competencia en materia de VIH (véase Anexo V).

De tal modo que a partir de dichos objetivos se delimitaron las estrategias metodológicas que a continuación se detallan, para la consecución de los mismos.

4.2.1.1. MUESTRA

Acorde a la fundamentación teórica de la metodología cualitativa, se diseñó un muestreo no probabilístico basado, frente al criterio de representatividad estadística que fundamenta las muestras probabilísticas, en el criterio de «significación social» de los sujetos seleccionados en la muestra en relación al objeto de investigación. Por tanto, el tipo de muestreo empleado ha sido teórico (Strauss & Corbin, 2002). Ahora bien, con el diseño muestral no se ha pretendido alcanzar «criterios de generalización» de los resultados aunque sí de significación de los discursos sociales producidos por distintos grupos sociales en relación al fenómeno del VIH. En palabras de Martínez (2012, p.615):

“Cada unidad –o conjunto de unidades– es cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación. De ahí que a este procedimiento se le conozca como muestreo selectivo, de juicio o intencional. El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad”.

En las muestras cualitativas la representatividad no se fundamenta en el número o en la cantidad de las personas que componen la muestra, es decir en su tamaño, sino en las posibles configuraciones subjetivas de los sujetos –valores, creencias, motivaciones, etc.– con respecto a un objeto o fenómeno determinado. Por tanto, el objetivo de este tipo de muestreo no es la cuantificación del objeto de estudio sino su aproximación hermenéutica, en toda su complejidad, al fenómeno a estudiar. En nuestro caso de estudio, el objetivo específico del muestreo ha sido identificar posibles sujetos claves cuyo discurso, en relación al VIH, fuese significativo de un grupo o segmento social. De modo que dichos sujetos proporcionasen los posibles discursos existentes pertinentes para la comprensión de este fenómeno social que acontece en una sociedad predominantemente tradicional. Por tanto, en este tipo de muestra se

pretende alcanzar, según el autor Serbia (2007, p.133) “[...] a través de la elaboración de ejes o tipologías discursivas, la representación socio-estructural de los sentidos circulantes en un determinado universo y con relación al tema a investigar”.

No obstante, uno de los aspectos claves y más importantes en la validez de este tipo de muestreos es la selección de los sujetos que han de componer la muestra. Por tanto, cada sujeto debe ser cuidadosamente e intencionalmente seleccionado dada la pertinencia para generar y producir información profunda y relevante sobre el fenómeno a investigar. Tal y como afirma Patton (2002, p.43): “La lógica que orienta y determina las muestras cualitativas reside en lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación. Por eso, es de primordial importancia el lugar que los participantes ocupan dentro del contexto social, cultural e histórico del que forman parte”.

De tal modo que, en nuestro caso de estudio, con el objetivo de garantizar la pertinencia en la selección de los sujetos con los objetivos de la fase de investigación, y por tanto la validez interna, se definieron los siguientes criterios de inclusión muestral: 1. Tener la nacionalidad guineana. 2. Estar residiendo en Bata en el momento de realizar el trabajo de campo con un periodo mínimo de 6 meses. 3. Tener una edad comprendida entre 25 y 65 años.

Según la tipología de muestras cualitativas establecida por Teddlie y Yu (2007), se ha utilizado un «muestreo estratificado por propósito». Este tipo de muestra ha sido definido como: “*Sampling frame is divided into strata to obtain relatively homogeneous sub-groups and a purposeful sample is selected from each stratum*” (Teddlie & Yu, 2007, p.286). De modo que en función de la variable “asistencia/utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH” se estratificó la muestra en dos segmentos poblacionales pertinentes a los objetivos de investigación planteados, en la medida en que permitía conocer las diferencias entre ambos grupos en cuanto a determinados aspectos claves respecto a la protección y cuidado de la salud y, específicamente, respecto al VIH:

1. Sujetos que *no estaban utilizando los servicios de pruebas diagnósticas y de tratamiento del VIH* en Bata en el momento de realizar el trabajo de campo. Este segmento de población fue considerado muy relevante para los objetivos de investigación dado que permitiría conocer las creencias, motivaciones, valoraciones, opiniones y prácticas sobre la salud y el VIH en personas que nunca habían ido de manera preventiva a los servicios de diagnóstico y que, por tanto, desconocían si tenían o no el virus. En este sentido, se consideró que los discursos y la información proporcionada por este perfil poblacional resultaría muy útil de cara a elaborar en un futuro estrategias preventivas en relación al diagnóstico de VIH. Ahora bien, con el objetivo de

controlar y garantizar la validez en la selección de los sujetos de este segmento poblacional, ya que podían darse casos de personas que, no habiendo utilizado nunca los servicios de diagnóstico guineanos, sí dispusieran de un diagnóstico de VIH realizado en otros servicios sanitarios de otros países como en Camerún, España, etc., se establecieron los siguientes criterios de exclusión muestral:

1. Tener un diagnóstico de VIH, independientemente de que fuera positivo o negativo.
2. Haber utilizado, al menos una vez, los servicios guineanos de diagnóstico de VIH.

Asimismo, atendiendo a la variable “tipo de medicina que práctica”, dentro de este segmento poblacional se establecieron perfiles poblacionales distintos:

1.1. *Población que sí hace uso de la medicina moderna.* Concretamente el criterio de definición de este perfil poblacional fue: “hacer uso habitual de la medicina moderna guineana”. Asimismo, se tuvo en cuenta también la variable sexo. Por tanto, dicho perfil lo constituyeron tanto varones como mujeres que en el momento de realizar el trabajo de campo estaban utilizando los servicios de medicina moderna.

1.2. *Población que sí hace uso de la medicina tradicional.* En contraposición al anterior perfil, el criterio de definición de este perfil poblacional fue: “estar utilizando la red de curanderías de la medicina tradicional”. También se tuvo en cuenta la variable “sexo”, de modo que dicho perfil lo formaron tanto varones como mujeres. Tal y como hemos señalado antes, este perfil fue considerado muy pertinente para la investigación dado que nos permitía conocer las percepciones, valoraciones, prácticas y cuidados de la salud así como la propia percepción que se mantiene del VIH en usuarios/as de la medicina tradicional y conocer así las diferencias en el entendimiento de la salud y las prácticas entre los usuarios/as de la medicina moderna y la medicina tradicional.

2. Sujetos que *sí habían utilizado los servicios de pruebas diagnósticas y de tratamiento del VIH*, al menos una vez en el momento de realizar el trabajo de campo. Concretamente se estableció el criterio de inclusión: 1. Haber sido atendido, al menos una vez, por los servicios de diagnóstico y

tratamiento del VIH.

Este perfil permitiría acceder a la experiencia que habían tenido estas personas con los servicios de diagnóstico y tratamiento, y conocer así las valoraciones en cuanto a la accesibilidad y calidad de estos servicios como las razones y circunstancias que condujeron a la realización de las pruebas diagnósticas. Ahora bien, dentro de este segmento se tuvieron en cuenta diferentes perfiles en función de la variable “continuidad en los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH”:

2.1. Población que accede a los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH y abandona estos servicios, independientemente del momento del proceso de diagnóstico y/o tratamiento. La pertinencia de este grupo se fundamentó con base a los objetivos de investigación. De tal modo que, este grupo permitiría acceder no solo a la experiencia con los servicios sanitarios sino también identificar las posibles causas de abandono de los servicios y del tratamiento de estas personas.

2.2. Población que accede y no abandona los servicios de pruebas diagnósticas y tratamiento del VIH. Ahora bien, con base a los diferentes protocolos de actuación de los servicios de diagnóstico y tratamiento que han sido implementados se establecieron dos perfiles:

2.2.1. Población que accede a los servicios de diagnóstico con el protocolo de actuación del año 2004.

2.2.2. Población que accede a los servicios de diagnóstico con el protocolo de actuación del año 2009.

Ahora bien, a pesar de todos los criterios de inclusión establecidos así como los diferentes perfiles poblacionales, la muestra no fue cerrada definitivamente hasta el final de la investigación, pues en el proceso de investigación cualitativo las muestras deben ser flexibles y abiertas durante el desarrollo del trabajo de campo debido a que la inmersión en la problemática estudiada puede desvelar sujetos o perfiles poblacionales relevantes para la investigación que no hayan sido tenidos en cuenta en el diseño del muestreo inicial. No obstante, a pesar de ello, no se identificaron otros perfiles durante el desarrollo del trabajo de campo.

En cuanto a la validez interna, cabe mencionar que en las muestras cualitativas se adopta como indicador de validez el grado de coherencia de los esquemas interpretativos derivados de las conversaciones (Salgado, 2007). De tal modo que el «criterio de fiabilidad» viene dado por la coherencia interna de los datos. Por tanto, es muy importante la fidelidad con la que el/la investigador/a observa la realidad estudiada, ya que si este involucra sus propios significados y experiencias respecto al objeto de investigación puede ponerse en entredicho la fiabilidad y credibilidad de los resultados. Ahora bien, esta posibilidad de distanciamiento de la propia subjetividad del investigador/a con la realidad estudiada se consigue a través del concepto de «reflexividad» (Lamo de Espinosa, 1990). Según la definición de Archer (2007, p.4) dicho concepto se refiere “[...] al ejercicio de la capacidad que tienen las personas de considerarse a sí mismas en relación al contexto y de considerar el contexto consigo mismas, siempre de acuerdo con su propia descripción” (citado en García, 2009, p.88).

Y con respecto a la validez externa, muy a menudo en este tipo de muestras no es posible conseguir la generalización de los resultados a otro contexto pues en palabras del autor Martínez (2014, p.10): “Las estructuras de significado descubiertas en un grupo no son comparables con las de otro, porque son específicas y propias de ese grupo, en esa situación y en esas circunstancias”. Por tanto, los resultados y las conclusiones obtenidas quedan suscritas al contexto específico de Guinea Ecuatorial.

No obstante, a pesar de que no se lleva a cabo en este estudio, también se produce la posibilidad de poder extrapolar los resultados obtenidos del fenómeno estudiado en un contexto determinado a otro contexto similar a través de lo que se denomina «transferibilidad» (Guba & Lincoln, 1981). Estos autores señalan que consiste en evaluar en qué magnitud se ajustan los resultados a otro contexto, para lo cual será necesario tener acceso a la descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

Composición final de la muestra

Acorde a los diferentes perfiles poblacionales señalados, la muestra estuvo finalmente compuesta por ochenta y dos sujetos; treinta fueron seleccionados para la realización de entrevistas individuales y cincuenta y dos sujetos para grupos de discusión. Además de los criterios de segmentación establecidos en el muestreo también se tuvieron en cuenta determinadas variables socio demográficas como “edad”, “sexo”, “nivel educativo”, “hábitat” y “nivel económico” (véase Anexo VI).

En cuanto al tamaño muestral obtenido, finalmente se empleó el «criterio de saturación» muestral para determinar el número de personas. Por «criterio de saturación» se entiende como el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no

debe detenerse (Morse, 1995, p.149).

4.2.1.2. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La producción de la información se llevó a cabo a través de técnicas cualitativas de recogida de información: la «entrevista individual» y el «grupo de discusión». Dependiendo del segmento poblacional se aplicó una técnica u otra. De modo que para el segmento poblacional que *sí había utilizado alguna vez los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH* se aplicó la entrevista individual mientras que para el otro segmento poblacional se llevó a cabo la técnica cualitativa del grupo de discusión.

La razón principal de por qué se eligió aplicar la técnica de la «entrevista individual» en este segmento poblacional, frente a otro tipo de técnicas grupales, se basó en preservar la privacidad y el anonimato de las personas seropositivas. Por tanto, los derechos de confidencialidad en cuanto al posible estado positivo serológico ante el VIH de las personas que conformaron el primer segmento de población condicionó la elección de la técnica de recogida de información.

Una definición clásica respecto a la técnica de la «entrevista individual» es la dada por Denzin y Lincoln (2005, p.643): “Una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. No obstante, a pesar de que la conversación es un elemento importante que define dicha técnica no debe confundirse con la conversación convencional que se produce entre dos personas en un ámbito fuera de la investigación. En este sentido, algunos elementos que la distinguen de la conversación convencional son:

1. La información que se genera mediante la conversación tiene fines investigativos.
2. La conversación es provocada y moderada por el/la entrevistador/a, y por tanto demandada por él mismo. De ahí que se establezca una cita entre las dos personas para llevar a cabo ese encuentro cara a cara.
3. A priori se establece un plan, aunque flexible, para el desarrollo de la conversación.
4. Los sujetos que participan en la conversación son seleccionados en función de determinadas características o motivos.
5. El objetivo marcado en la conversación es estrictamente cognoscitivo. Ahora bien, en cuanto a este último aspecto es importante señalar que no debe confundirse con las entrevistas clínicas pues estas, a diferencia, persiguen fines terapéuticos.

En palabras de Piergiorgio Corbetta (2007, p.358) la entrevista individual como técnica cualitativa consiste en:

“Una conversación provocada por el entrevistador dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación en un número considerable que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo guiada por el entrevistador y sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación”.

En cuanto a su origen más remoto, hay autores que lo establecen en la época egipcia con la elaboración de los censos poblacionales (Fontana & Frey, 2005). Ahora bien, en términos generales, su origen está ligado al surgimiento de las ciencias sociales, y por tanto, al proceso de racionalización y modernización y puesta en circulación de la prensa de masas. A este respecto, en el campo de la sociología, cabe resaltar las aportaciones del sociólogo Charles Booth, quien en 1886 realizó una encuesta social basada en la entrevista (Lucca & Berríos, 2003).

No obstante, su aplicación generalizada en la investigación en las ciencias sociales no se produce hasta la tercera década del siglo XX, siendo la sociología y psicología las disciplinas que emplean más esta técnica. Según Denzin y Lincoln (2005) las encuestas de opinión tuvieron un gran desarrollo en los años 1930 en EE.UU, y en relación a ello la Escuela de Chicago utilizó una combinación de observación, documentos personales y entrevistas formales en gran parte de sus estudios. Por otro lado, en el campo de la psicología la entrevista tuvo una gran expansión debido a su uso para el diagnóstico clínico, en primer lugar, y en segundo lugar, por su aplicación durante la Primera Guerra Mundial como pruebas de psicología con énfasis en medición (Fontana & Frey, 2005).

Ahora bien, dentro de la técnica de la entrevista individual existen varias modalidades (Blasco, Arribas & Martin-Crespo, 2012). Entre los distintos tipos de entrevistas individuales que pueden aplicarse, en nuestro caso de estudio se ha empleado la entrevista semi-estructurada. Esta modalidad de entrevista, a diferencia de la entrevista abierta, se caracteriza porque la información que se pretende recabar y recopilar se determina con anterioridad. Para ello se establece un guión de temas a través de preguntas abiertas que será aplicado con flexibilidad durante el desarrollo de la entrevista (Rodríguez & Blasco, 2013). De tal modo que se deja abierto un margen para que puedan emerger nuevos temas y categorías de interés en relación al objeto de investigación durante el desarrollo de la conversación.

En cuanto a la técnica del «grupo de discusión», a diferencia del anterior segmento poblacional cuyo estado serológico positivo condicionó la elección de la técnica, dicha técnica grupal se aplicó en el segmento de población que *no habían utilizado nunca los servicios de pruebas diagnósticas y de tratamiento del VIH*. De tal modo que, frente a la aplicación de otras técnicas cualitativas, la elección de esta técnica grupal vino fundamentada, en primer lugar, por la validez y pertinencia de dicha técnica para generar y producir los discursos sociales predominantes ante un determinado fenómeno social, y en concreto en relación a los aspectos cualitativos que afectan a la salud y a la enfermedad (Lupton, 1992), siendo en nuestro caso de estudio el VIH. Por otro lado, también la elección se fundamentó en las ventajas que presenta este tipo de técnicas. Por ejemplo, el hecho de que al ser aplicada como mínimo a cinco personas resulta ser más económica pues requiere de menos tiempo para recabar un volumen mayor de

información (Krueger, 1991). Asimismo, presenta otras ventajas como producir una interacción directa entre los sujetos, siendo una práctica reflexiva que permite llegar a aspectos internos de las personas como sentimientos, emociones, actitudes.

El «grupo de discusión» puede ser definido como: “Una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo. Idealmente debería llevarse a cabo aproximadamente con siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los/as participantes ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión” (Krueger, 1991, p.24). De tal modo que *es un proyecto de conversación socializada, en el que la producción de una situación de comunicación grupal sirve para la captación y análisis de los discursos ideológicos y de las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social* (Alonso, 1998, p.93). En palabras de Ibañez (1992, p.277):

“El grupo de discusión es verdaderamente una fábrica (fábrica de discursos) pero aparece verosímilmente como una escena”.

Los antecedentes de dicha técnica se ubican a mitad de los años treinta, cuando a partir del desarrollo de técnicas no directivas, como fue el caso de las entrevistas empleadas por investigadores/as sociales para analizar y recoger información (Gil, 1992). De tal modo que en 1956 se publica por primera vez *The Focused Interview* por Merton, Fiske y Kendall. Cabe mencionar la importante aportación que en España, en la década de los 60, realizan los sociólogos Jesús Ibañez, Ángel de Lucas y Alfonso Ortí al desarrollo de esta técnica. En 1979 se publica *Más allá de la sociología* (Ibañez, 1979), ensayo que representa todo un clásico en el estudio de la materia de la técnica del grupo de discusión.

Según la literatura existente, en el diseño de esta técnica hay que tener en cuenta determinados elementos que son claves tanto para su validez y como para su buen funcionamiento: planificación de la técnica, selección de participantes, moderación del grupo y análisis de la información. Respecto a la planificación de la técnica se recomienda, a grandes rasgos, tener en cuenta los aspectos siguientes: 1. Definir el objetivo. 2. Definir la población objetivo. 3. Diseñar una guía de entrevista: preguntas. 4. Elaborar un plan de reclutamiento de participantes. 5. Establecer lugar/hora/fecha. 6. Establecer un plan de análisis.

Diseño de los instrumentos de recogida de información

El guión de temas constituye el instrumento básico que se aplica para llevar a cabo las técnicas

cualitativas. Por tanto, es la herramienta esencial que se emplea para producir y recoger la información. En líneas generales, este instrumento consiste en establecer a través de una batería de preguntas, las unidades, dimensiones y categorías pertinentes a investigar en relación a los objetivos de investigación establecidos (Rodríguez & Blasco, 2013).

Ahora bien, dicho instrumento y herramienta pueden variar según sea el tipo de técnica cualitativa que se utilice. Por ejemplo, para el caso de las entrevistas abiertas, el guión de temas apenas estará estructurado en una serie de temas generales relacionados con el objetivo de investigación. Sin embargo, en nuestro caso, en la entrevista individual semiestructurada, el guión de temas contiene y concreta a través de preguntas de formato abierto, y de forma estructurada, las unidades de análisis y exploración relacionadas y contenidas en los objetivos de investigación.

De tal modo que, tanto para el caso de las entrevistas individuales como para el grupo de discusión se diseñaron diferentes guiones de temas. Estos guiones de temas variaron en función de los diferentes segmentos y perfiles poblacionales entrevistados. No obstante, cabe mencionar que antes de aplicar estos instrumentos en el trabajo de campo, fueron pilotados con la finalidad de testar su pertinencia, comprensión y claridad de las preguntas así como la validez interna y fiabilidad del instrumento como su adecuación al contexto cultural de Guinea Ecuatorial. El pilotaje del guión de temas del grupo de discusión se llevó a cabo a través de la realización de una entrevista triangular mientras que para el caso del guión de temas de la entrevista semi-estructurada se realizó con entrevistas individuales. Ahora bien, tras su pilotaje fueron modificadas algunas preguntas inicialmente planteadas así como el lenguaje empleado. Por tanto, con el pilotaje se testó la comprensión del lenguaje así como su adaptación al nivel cultural de las personas que iban a ser entrevistadas.

Las unidades y dimensiones de estudio fueron formuladas a través de preguntas con formato abierto, cuyo orden de aparición en el instrumento fueron desde las preguntas más generales a las más concretas. La forma en que estuvieron formuladas las preguntas tuvo en cuenta el que no limitara la capacidad de respuesta de los sujetos entrevistados. De tal modo que se plantearon preguntas que resultaran fáciles de responder y no embarazosas para las personas entrevistadas.

4.2.1.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Según Amezcua y Gálvez (2002) el análisis de la información cualitativa es el aspecto más oscuro del proceso investigativo dado que no se ha proporcionado información suficiente sobre cómo transformar la información y datos en interpretaciones científicas. Para los autores Barton y Lazarsfeld (1951) tres serían las finalidades principales del análisis cualitativo: 1. La búsqueda del significado de los fenómenos a

partir de los datos concretos. 2. Confirmar o rechazar hipótesis. 3. Ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad.

Existen varios tipos de análisis que han sido clasificados en diferentes tipologías según sea el autor. Hasta la fecha no existe una clasificación universal y consensuada que englobe las distintas modalidades de análisis que pueden llevarse a cabo. Por ejemplo, hay autores que establecen cinco análisis diferentes con base al nivel de complejidad: 1. Análisis de observaciones simples (Barton & Lazarsfeld, 1951). 2. Construcción de sistemas descriptivos. 3. Establecer relaciones. 4. Configuración matriciales. 5. Sustento cualitativo de teorías. No obstante, esta clasificación adolece de algunas ausencias como es el clásico análisis de contenido (Amezcuza, 2002).

El tipo de análisis que se ha realizado en el caso de estudio ESEVIGUE ha sido *Ground Theory* (Glaser & Strauss, 1967).

La *Ground Theory* tiene sus orígenes en la Escuela de Chicago en el desarrollo del Interaccionismo Simbólico a principios del siglo XX (Ritzer, 1999) de la mano del sociólogo Herbert Blumer, que fue uno de sus representantes más tradicionales y destacados junto con Mead. Fue él mismo quien en 1937 acuñó dicho término. Sus dos obras principales en este campo fueron: *La interacción simbólica* (1954), *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método* (1969). Blumer concibe el interaccionismo simbólico como un enfoque teórico para comprender y estudiar la vida social de los grupos humanos. Parte de tres premisas básicas: 1. El ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. 2. El significado de estas cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social entre los individuos. 3. Los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona. 4. La interpretación supone un proceso de autointeracción. Por tanto, hace hincapié en el proceso interpretativo personal que se produce de las cosas como resultado de la interacción social que orienta la conducta (Carabaña & Lamo Espinosa, 1978). De ahí que uno de los aspectos principales que diferencian las relaciones humanas de otro tipo de relaciones sea la capacidad de construir y compartir significados (Cuesta, 2006). De tal modo que se resalta el carácter simbólico de la acción, lo cual significa que esta está mediada por el lenguaje y los símbolos (Carabaña & Lamo Espinosa, 1978).

Ahora bien, concretamente la *Grounded Theory* fue una propuesta metodológica cualitativa realizada por los autores Glaser y Strauss en 1967 en el libro *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Dichos autores desarrollaron esta metodología de análisis como un método de investigación para teorizar y comprender sistemáticamente el comportamiento humano y el mundo social, con base empírica: “La teoría fundamentada no es una teoría, sino una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos” (Glasser & Straus, 1967).

De tal modo, la *Grounded Theory* es un método que se aplica para generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de los datos, y por tanto lleva a cabo un proceso de inducción analítica para verificarlos. No se busca cuantificar variables, ni hechos ni acontecimientos sino comprender por qué suceden y qué significado adquieren desde la perspectiva de las propias personas involucradas en dicho fenómeno, acontecimiento o situación. Por tanto, pretende buscar dicho significado a partir de la interpretación del discurso que producen las personas seleccionadas en relación al objeto de estudio.

Según Chamaz (2005) este método es empleado por los/as investigadores/as con el propósito de construir categorías teóricas a partir de los datos, y analizar las posibles relaciones que se establecen entre ella a través de procedimientos analíticos.

En cuanto al procedimiento analítico que realiza dicho método, se establecen cuatro fases claramente diferenciadas (Benjumea, 2006):

1. La codificación abierta de la información. Dicha codificación se lleva a cabo a través de una primera organización de toda la información recabada. Por tanto, se realiza un primer etiquetaje de la información en categorías y dimensiones representativas y relevantes para la comprensión de los objetivos de investigación. Esta primera categorización permite captar la complejidad entre las ideas y los significados. Una vez etiquetadas la información en categorías y dimensiones, se procede a comparar dichas categorías, identificando las diferencias y similitudes entre las categorías. Esta etapa permite identificar los elementos principales y secundarios, además de organizarlos jerárquicamente.
2. La codificación axial de la información. Consiste en establecer un esquema conceptual desde el punto de vista del actor.
3. La codificación selectiva. Se lleva a cabo relacionando, modificando e integrando los conceptos del marco teórico con las categorías y dimensiones establecidas. Ello permite clarificar el significado y sentido que tiene la historia en relación al fenómeno de estudio para el informante. Se eliminan los elementos redundantes y también se delimitan los espacios vacíos en otras categorías de los esquemas analíticos de la información. También se realiza un nuevo proceso de comparación de la información para delimitar nuevamente las categorías más relevantes para la teoría.
4. La matriz condicionada. Este último paso está orientado a delimitar la teoría. Aquí se delimitan las teorías emergentes, y con el resto de categorías se inicia el proceso para formular una teoría a partir del conjunto de conceptos.

En síntesis la teoría fundamentada se convierte en un método inductivo, que permite crear una formulación teórica basada en la realidad tal y como se presenta, usando con fidelidad lo expresado por los informantes, y buscando mantener la significación que estas palabras tenían para sus protagonistas.

Para Amezcua (2002), el análisis en la *Grounded Theory* está compuesto por tres dimensiones principales: el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones de índole social.

En cuanto al proceso de análisis llevado a cabo en el estudio de caso, en primer lugar se realizaron las transcripciones de las entrevistas por parte de personal externo al equipo de investigación. A este respecto, con el objetivo de garantizar la calidad de las transcripciones se llevó a cabo un control de calidad de las mismas (véase Anexo VII). La persona que realizó el control de calidad fue la misma persona que realizó el trabajo de campo. De tal modo que, una vez transcritas las entrevistas fueron leídas sucesivamente procediendo simultáneamente a su organización, etiquetaje, codificación e inducción con teorías y conceptos. Y, por último, se procedió a la triangulación de los resultados obtenidos con otros investigadores del equipo.

4.2.2. EL DESARROLLO DEL CASO DE ESTUDIO ESEVIGUE

El ámbito de estudio de la investigación ha sido Bata. De tal modo que el trabajo de campo se llevó a cabo en la ciudad de Bata y en algunos poblados cercanos a la misma capital (*Nkuantoma, Mokomo y Midjimitom*) a través de dos estancias realizadas al país durante los meses de enero, febrero y marzo de 2010 y junio y julio de 2011. Antes de iniciar el trabajo de campo, se informó y se solicitó el consentimiento y autorización al MINSABS para llevar a cabo su desarrollo.

En cuanto a las razones que condujeron a realizar el estudio en Bata se fundamentaron en: 1. La mayor representatividad de la población guineana ecuatorial, y en concreto de la etnia *fang*. 2. La ubicación geográfica en la zona continental. 3. La mayor facilidad para acceder al campo de trabajo.

Para el desarrollo del trabajo de campo se constituyó una comisión de apoyo en Bata a partir del equipo de investigación guineano que inicialmente se había formado para el estudio de caso donde se incluyó a la Delegada de Sanidad.

Los escenarios o emplazamientos en la recogida de información fueron diversos ya que dependieron del perfil poblacional. Por tanto, en algunos casos estos escenarios fueron las curanderías, en otros la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas o los Centros de Tratamiento Ambulatorio⁶⁴ de Almendro y Castaño, o en última instancia un Centro de Enseñanza.

64 Con la finalidad de preservar el anonimato de los Centros de Tratamiento se han empleado nombres ficticios.

Estrategias de captación de los sujetos

En cuanto a las estrategias de captación y reclutamiento empleadas variaron en función de los distintos perfiles establecidos. El proceso de captación se inició durante los meses de diciembre y enero de 2010 por parte del equipo local guineano de investigación. La coordinación de este proceso de captación con el equipo de investigación español fue realizada vía *moodle* y *skype* (véase Anexo III).

Específicamente en la captación de los sujetos del segmento poblacional de personas que *sí habían accedido a los servicios de diagnóstico y tratamiento* se llevaron a cabo las siguientes estrategias en función de los diferentes perfiles poblacionales:

1. A través de los registros de citas y las historias clínicas de los Centros de Tratamiento Ambulatorio Almendro y Castaño se identificaron personas que estaban en seguimiento en los servicios de tratamiento y seguimiento del VIH, tanto con el protocolo del año 2004 como con el protocolo del 2009, y que además cumplieran con los criterios de inclusión muestral.
2. A través del registro de las historias clínicas de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas y de los Centros de Tratamiento Ambulatorio Almendro y Castaño se identificaron personas que habían abandonado el servicio de diagnóstico y tratamiento de VIH, y que además cumplieran los criterios de inclusión muestral con base a la variable “momento de abandono”. Este criterio incluye los diferentes momentos que puede producirse abandono durante el proceso asistencial: 1. Antes de la confirmación del diagnóstico. 2. Después de la confirmación del diagnóstico. 3. Entre la confirmación y prueba del CD4. 4. Entre el resultado del CD4 y en el inicio del seguimiento y tratamiento.

La identificación de los sujetos a través de las historias clínicas fue llevada a cabo por profesionales sanitarios que trabajaban en estos servicios asistenciales con la finalidad de preservar y garantizar la confidencialidad de datos referidos al estado serológico positivo. No obstante, si bien por un lado ello permitió garantizar la confidencialidad del estado serológico de los/as pacientes, por otro lado, al ser los mismos profesionales sanitarios los que realizaron la captación, ello condicionó en algunos casos las expectativas de los sujetos, ya que acudieron a la entrevista esperando recibir una consulta clínica a pesar de que se les había informado de que el motivo de la cita era para participar en un estudio.

En la identificación de los sujetos no solo se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión muestral, pues también se seleccionaron los sujetos teniendo en cuenta determinadas variables socio demográficas

como “edad”, “sexo”, “ nivel socio económico” y “hábitat” así como la variable “año de diagnóstico”.

De tal modo que una vez identificados y seleccionados los sujetos a través de las historias clínicas, el personal sanitario del equipo de apoyo a la investigación contactó con ellos/as vía teléfono. En total se contactó dos veces con los sujetos. En el primer contacto telefónico se les informó y solicitó la participación en una entrevista con fines investigativos que sería llevada a cabo por cooperación española. También en este primer contacto se procedió a cotejar y/o completar la información socio demográfica de los registros de citas, acordando con el sujeto el lugar y el día de la cita. El segundo contacto telefónico se realizó con la finalidad de recordar al sujeto la fecha, hora y lugar acordado para la realización de la entrevista.

El proceso de contactación fue llevado a cabo aplicándose un protocolo de actuación con la finalidad de minimizar la introducción de sesgos y controlar la «deseabilidad social» del sujeto ante la entrevista (véase Anexo III). De tal modo que, y especialmente en el caso de pacientes seropositivos/as, durante el proceso de contactación no se desveló el tema de conversación sobre el que transcurriría la entrevista: el VIH. No obstante, sí se les informó de que la entrevista consistiría en charlar amistosamente sobre aspectos relacionados con la cultura del país, y entre ellos la salud.

Ahora bien, cabe señalar algunas de las dificultades encontradas en el proceso de captación para reclutar los sujetos de este segmento poblacional. A priori, el perfil poblacional de personas que habían abandonado los servicios planteaban más dificultades en su accesibilidad, reclutamiento y captación que otros perfiles contemplados en el muestreo. Y ello debido al mismo criterio de inclusión establecido, “haber abandonado”, pues hacia imposible la captación de estos sujetos a través de su presencia en los servicios sanitarios. Además, otra dificultad presentada durante la fase de contactación de este perfil fue que muchos de ellos/as ya habían fallecido.

Otro inconveniente que dificultó también el reclutamiento de este segmento poblacional consistió en la falta de información socio demográfica de los/as pacientes en las historias clínicas, ya que muchas historias clínicas no registraban los datos correspondientes al apartado de información personal. A su vez, ello también implicó una limitación en el proceso de captación de los sujetos, pues al no registrarse el número de teléfono y la dirección de residencia del/la paciente en la historia clínica fue imposible contactar con ellos/as a pesar de cumplir los criterios de inclusión muestral. De tal modo que se aprovechó el primer contacto con los sujetos para completar la información socio demográfica y convenir, si procedía, una cita para realizar la entrevista semi-estructurada.

En cuanto a la captación y selección de los sujetos que conformaron el segundo segmento poblacional, sujetos que *sí habían utilizado los servicios de pruebas diagnósticas y de tratamiento del VIH*, se emplearon diferentes estrategias de reclutamiento dependiendo del perfil poblacional. Ahora bien,

para ambos perfiles poblaciones la captación se llevó a cabo *in situ*. En concreto para el *perfil de personas que hacían uso de la medicina tradicional* se procedió al reclutamiento a través de las curanderías, estando muchos de los sujetos seleccionados hospitalizados en estos dispositivos en el momento en que se llevó a cabo el trabajo de campo. A este respecto, cabe mencionar que ello fue posible gracias al apoyo prestado por los/as curanderos en la identificación de pacientes así como en el acceso a las curanderías. De tal modo que, la primera toma de contacto con los sujetos se lleva a cabo en las curanderías, donde se les informa de la investigación y se les solicita su participación. En este primer contacto también se recabó información socio demográfica para así cotejar los criterios de inclusión muestral. Finalmente se concertó con el sujeto una cita para llevar a cabo el grupo de discusión.

Y en cuanto al perfil de personas que *hacían uso de la medicina moderna* se procedió a su captación a través de los servicios de asistencias de los Centros de Tratamiento Ambulatorio. En este perfil se empleó una doble estrategia de captación. La primera estrategia fue aplicada para identificar a los sujetos del perfil de participantes con un nivel educativo mayor. En estos casos los sujetos se identificaron a través de informantes claves de determinados puestos de trabajos cualificados como los Centros de Enseñanza. Y la segunda estrategia aplicada en la identificación y captación del resto de sujetos que conformaron este perfil poblacional se realizó a través de una captación *in situ*. Dicha estrategia consistió en su reclutamiento desde las propias instalaciones de los servicios sanitarios de la medicina moderna. De tal modo que se procedió a captarles en las salas de espera de las consultas o la salida de consultas. No obstante, previamente a la citación del grupo, se les administró un sencillo cuestionario que contenía las variables de interés y socio demográficas para ver la pertinencia de los sujetos seleccionados (véase Anexo VIII). Tras comprobar que cumplían los requisitos de inclusión muestral, y en función de variables de diversificación para la composición de los grupos como sexo, edad, se seleccionaron los/as participantes y se les convocó para participar en el grupo de discusión.

En cuanto a los inconvenientes presentados para este segmento de población cabe señalar que las mayores dificultades se presentaron en el perfil de personas que hacen uso de la medicina tradicional. Una de las dificultades se debió al rechazo de los/as curanderos/as en colaborar en la investigación. Otro inconveniente consistió en que, dado que las curanderías se encontraban situadas en poblados cercanos a Bata, la lengua castellana era menos practicada por este perfil de personas y, por tanto, presentaban mayores dificultades para la participación en el grupo de discusión. También cabe resaltar las dificultades para que las mujeres aceptaran participar en el estudio, dada la timidez e inseguridad que mostraron. Y, por último, la imposibilidad de identificar mujeres con un nivel educativo medio-alto o alto debido a la poca existencia de este perfil poblacional y de su estancia en el extranjero en el momento de realizarse el trabajo de campo.

Realización de las entrevistas y grupos de discusión

Una vez diseñado y pilotado el instrumento de la entrevista, el guión de temas, e identificados y seleccionados los sujetos a entrevistar se procedió a realizar las entrevistas semi-estructuradas. Ahora bien, antes de iniciar el desarrollo de las entrevistas individuales semi-estructuradas se les solicitó firmar a las personas que iban a participar su consentimiento para la grabación de la conversación. De modo que las personas que finalmente participaron recibieron una carta informativa sobre la finalidad del estudio, las instituciones responsables, la aplicabilidad de los resultados y la confidencialidad de la información generada por las entrevistas.

En cuanto al desarrollo de la técnica de la entrevista semi-estructurada, la literatura científica pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta una serie de elementos para su buen desarrollo y funcionamiento. En primer lugar, la importancia del papel que el entrevistador/a que adopta en la moderación de la entrevista. A este respecto, se recomienda que evite roles de autoridad, que mantenga una actitud de escucha durante la entrevista, mostrando paciencia y comprensión con las opiniones y valoraciones de la persona entrevistada. Debe ser cordial, amable y conseguir que la persona entrevistada se sienta tranquila y en confianza. Para ello se recomienda ser empático/a, cercano/a, no juzgar, ni valorar sus respuestas, ni rebatirlas, respetar los silencios y las pautas de las personas entrevistadas y dejar que concluya el relato.

Un segundo aspecto es el lugar donde la entrevista se realiza. Se recomienda elegir un terreno neutral para la persona entrevistada, un lugar que no esté lleno de restricciones ni cargado de simbolismos que puedan estar asociados al objeto de investigación.

Ahora bien, en el caso de estudio ESEVIGUE, tal y como se ha explicado en apartados anteriores, para llevar a cabo la entrevista semi-estructurada se aplicó un guión de temas que varió aproximadamente en un 20% según fuese el perfil de la persona entrevistada. Con el objetivo de alcanzar el mínimo grado de variación, todas las entrevistas individuales fueron moderadas y conducidas por la misma persona del equipo de investigación. No obstante, para prevenir las dificultades de comunicación que pudieran darse entre la moderadora y las personas entrevistadas derivadas del dominio de diferentes lenguas y registros lingüísticos, también estuvo presente otro miembro del equipo local de investigación desempeñando funciones de observador, traductor y mediador en el caso de algunas entrevistas. Casi todas las entrevistas fueron moderadas en castellano debido al desconocimiento del *fang* de la moderadora.

En total se realizaron treinta entrevistas en este segmento poblacional: once entrevistas al perfil poblacional que accede a los servicios y abandona, diez al perfil de población que accede a los servicios con el protocolo implementado en el año 2009 y ocho al perfil poblacional que accede a los servicios con el protocolo del año 2004. Y, por tanto, se alcanzó el criterio de saturación en los discursos de las personas

entrevistadas.

En líneas generales, las entrevistas se desarrollaron en un clima de normalidad, predominando una actitud colaboradora y participativa. El espacio donde fueron llevadas a cabo las entrevistas varió en función de las necesidades logísticas del momento. De modo que en algunas ocasiones fueron realizadas en el salón de una casa particular ajena a las personas entrevistadas, en otras ocasiones en las instalaciones médicas, y a veces en bares o sitios públicos. El tiempo medio de duración fue aproximadamente de 60 minutos. La información generada en las entrevistas fue registrada en formato audio con previo consentimiento de la persona entrevistada. El equipo de investigación se comprometió con las personas entrevistadas a que la información sería tratada de forma confidencial y anónima, no haciendo público ningún dato personal.

No obstante, algunas entrevistas presentaron dificultades en la comunicación. Estas entrevistas correspondieron con las personas con un nivel educativo bajo. También hay que mencionar que otras de las dificultades durante el desarrollo de algunas de las entrevistas fue debido a las expectativas de las personas que iban a ser entrevistadas, pues acudieron a la entrevista esperando recibir una consulta clínica. De modo que el inicio de la entrevista se vio afectada por la demanda de información sobre aspectos clínicos de estas personas. Una razón explicativa se basa, tal y como se ha señalado anteriormente, en que la persona que realizó la contactación y captación constituye un referente sanitario para la población de Bata. Asimismo, otra razón fue la piel blanca de la persona que moderó las entrevistas, lo cual generó una identificación con las monjas españolas que trabajan en los Centros de Tratamiento Ambulatorio y, por ende, los/as entrevistados/as asociaron que se trataba de un profesional sanitario.

Al igual que las entrevistas individuales semi-estructuradas, una vez diseñado, pilotado y seleccionadas las personas, se procedió a realizar los grupos de discusión. Antes de llevar a cabo el desarrollo de los grupos de discusión, al inicio de la sesión los/as participantes recibieron una carta informativa sobre la finalidad del estudio, las instituciones responsables, la aplicabilidad de los resultados y la confidencialidad de la información generada por las entrevistas. Asimismo, se les solicitó el consentimiento para que las sesiones pudieran ser grabadas.

En cuanto al desarrollo de los grupos de discusión, la literatura científica al respecto señala que la moderación constituye un aspecto importante para el éxito y buen funcionamiento de los mismos. Así, se recomienda que la persona que modere los grupos sea un experto/a en la medida de lo posible, o tener experiencia en este campo. De tal modo que, *en un breve tiempo el moderador debe ser capaz de crear una atmósfera permisiva y reflexiva, comentar las normas básicas y dejar establecido el tono de la discusión* (Llopis, 2004, p.167).

En la moderación de los grupos se recomienda seguir una serie de pautas. En primer lugar, se

aconseja iniciar el grupo de discusión dando la bienvenida a los/as participantes, informar sobre la sesión, las normas y el objetivo de reunión. En segundo lugar, con la finalidad de ir “rompiendo el hielo”, el grupo debe iniciarse con la presentación personal de cada uno de los componentes. Y una vez que cada participante ha finalizado su presentación personal comienza la moderación del grupo donde por orden se irán realizando las preguntas más generales y alejadas del tema de investigación para ir introduciendo poco a poco la fase central de discusión.

La “fase central de discusión” es donde el moderador empieza a dirigir la discusión hacia los principales temas de investigación. Mover el debate hacia las cuestiones claves puede ser difícil de gestionar, ya que los participantes pueden contribuir con muchos puntos de vista y cuestiones a la vez, y el moderador debe tratar de recordar estas cosas, pero cada cosa a su vez para obtener suficiente profundidad en la discusión” (Hennink, 2007, p.175). Y, por último, una vez llevada a cabo la fase central de discusión debe cerrarse el grupo con el agradecimiento a los participantes por su asistencia y participación.

En líneas generales se han establecido recomendaciones en la moderación de los grupos de discusión (Llopis, 2004): 1. Manejar la espontaneidad de los/as participantes. 2. Fomentar la libre discusión. 3. El encuadre de la discusión hacia los temas generales. 4. Ir de lo general a lo concreto. 5. Reorientar la dirección de la discusión en caso de perderse. 6. Fomentar la expresión de múltiples y diversos puntos de vista. 7. Dominar el arte del silencio.

Asimismo se recomienda que el moderador/a deba saber de gestionar la espontaneidad y la dirección del grupo, la neutralidad, el consenso y disenso. Existen algunas técnicas que el moderador/a puede aplicar durante el desarrollo del grupo para producir la información que desea recabar: 1. El sondeo, es decir replantear un tema sobre la marcha si descubre matices interesantes, por medio de preguntas abiertas. 2. Embudo: pasar de lo general a lo concreto. 3. El espejo articulador: repetir principales ideas planteadas por el grupo (Llopis, 2004).

En el caso de estudio ESEVIGUE, en total se llevaron a cabo nueve grupos de discusión: cinco grupos en el perfil poblacional de personas que acudían a la medicina tradicional y cuatro en el perfil de personas que acudían a la medicina moderna. Acorde a los criterios de homogeneidad y heterogeneidad se tuvieron en cuenta diferentes variables socio demográficas en la composición de los grupos de discusión como “sexo”, “nivel educativo”, “edad”, “hábitat”. Asimismo, otras variables como “no ser seropositivo”, “prácticas asistenciales” también se tuvieron en cuenta (véase Anexo VI).

Ahora bien, dada las diferencias y la relación de poder existente entre los varones y las mujeres guineanas se decidió formar grupos de discusión separados en función al sexo. Asimismo, dado que el tema de estudio conllevaba tratar aspectos sobre la sexualidad, se planteó que era más adecuado para la fluidez y desarrollo de los grupos que fuese un varón quien moderase el grupo de los varones y en el caso

de los grupos con mujeres que fuese una mujer. Sin embargo, esto no pudo llevarse a cabo en todos los grupos de discusión por falta de personal cualificado para ello. De tal modo que algunos grupos de discusión de los varones tuvieron que ser moderados por una mujer.

En cuanto al espacio donde fueron llevados a cabo los grupos de discusión dependieron de las necesidades logísticas de cada perfil poblacional. Por ejemplo, en el caso de los participantes de la medicina tradicional, y debido a que muchas de las personas estaban hospitalizados en curanderías o se identificaron a través de los/as curanderos/as, los grupos se llevaron a cabo en las instalaciones de las mismas curanderías. Sin embargo, el resto de los perfiles de población se realizó en un local reservado para ello, fuera de las instalaciones del Hospital y de los Centro de Tratamiento Ambulatorio.

Los grupos de discusión fueron moderados por la misma persona. Para su desarrollo estuvieron presentes dos miembros del equipo, uno realizando la función de moderadora y el otro de observador y también de traductor del *fang* al castellano o viceversa en las ocasiones que se requirieron. El idioma en que fueron llevados los grupos fue el castellano. El tiempo de duración de los grupos osciló entre 70 a 100 minutos. Toda información generada en los grupos fue registrada en formato audio con previo consentimiento de las personas entrevistadas. Antes de iniciar los grupos se les informó de los objetivos generales de la investigación y de la finalidad del estudio. Asimismo, se garantizó la confidencialidad y anonimato en el tratamiento de los datos, no haciendo público por tanto ningún dato personal de las personas que participaron en los grupos de discusión.

En líneas generales, los grupos de discusión transcurrieron en un clima de colaboración y participación. No obstante, surgieron algunos inconvenientes que incidieron en el desarrollo de alguno de los grupos de discusión. El mayor inconveniente que se presentó fueron las expectativas que los participantes mantenían de la reunión, pues muchos de ellos/as, dada la falta de medicamentos en el país, esperaban ser atendidos clínicamente para conseguir medicamentos. A pesar de que este aspecto se tuvo en cuenta durante la captación, resultó finalmente imposible prevenirlo y controlarlo. En muchos casos, dichas expectativas se generaron por la piel blanca de la moderadora, pues se asoció con ser un profesional sanitario español de la Cooperación Española. También influyó el logo de Cooperación Española del coche que transportaba a los miembros del equipo de investigación. Esta confusión generó interferencias durante el desarrollo de algún grupo; en el mejor de los casos se produjo una demora en el inicio debido a las demandas clínicas durante el transcurso del grupo, y en el peor de los casos, al verse sus expectativas frustradas, se generaron resistencias en la participación. De modo que algunos participantes al conocer que no se les iba a suministrar medicamentos decidieron no participar y abandonar el grupo de discusión.

Asimismo, otra dificultad surgida durante el desarrollo de los grupos fue que los/as participantes durante el transcurso de la técnica se expresaban en algunas ocasiones en *fang*. En la mayoría de los casos, esto se produjo cuando el nivel de desacuerdo en los aspectos tratados era mayor entre los/as participantes

del grupo. Y un último inconveniente fue la paralización temporal del trabajo de campo por las autoridades guineanas como consecuencia de una mala interpretación de la finalidad en cuanto a los objetivos de la reunión.

Registro de la información

Toda la información generada durante el trabajo de campo por la aplicación de los grupos de discusión y entrevistas individuales fue registrada en formato audio con previo consentimiento de los/as participantes para su grabación. Asimismo, fueron registrándose observaciones de campo en relación al tema de estudio.

Y, por último una vez finalizado el trabajo de campo, se presentó un análisis preliminar al MINSABS (véase Anexo IX).



LA FENOMENOLOGÍA DEL VIH EN EL CONTEXTO SOCIAL DE GUINEA ECUATORIAL

CAPÍTULO V. EL CONTINUUM SALUD Y ENFERMEDAD

5.1. INTRODUCCIÓN

Tal y como se analizó en el segundo capítulo del documento, la salud y la enfermedad son constructos sociales que adquieren su significado y sentido en relación al entorno social y cultural. Por tanto, ambos constructos son susceptibles de ser indagados desde una perspectiva fenomenológica, en la medida en que entrañan dos planos: el subjetivo/perceptivo del propio individuo y otro objetivo formado por aspectos más o menos apreciables y medibles en el área psicológica, biológica y social.

Tanto el constructo de salud como de enfermedad representan valores predominantes acorde a las normas culturales de una determinada sociedad (Donati, 1994). Por tanto, son descriptivos y normativos, es decir reproduce lo que idealmente debe ser la salud y, en el caso de la enfermedad, todo aquello que reprobamos socialmente (Sontag, 2003). Explorar los elementos que configuran y dan sentido al *continuum* salud y enfermedad constituye un elemento clave para la comprensión del VIH; pues la salud, el padecimiento y la atención son parte de un mismo sistema cultural que una colectividad mantiene (Kleinman, 1980). De modo que, gran parte de los significados, representaciones y vivencias del VIH en la población estarán en consonancia y en relación con el sistema cultural que define la salud y la enfermedad en la sociedad guineana ecuatoriana.

Este capítulo tiene como objetivo el análisis y comprensión de la salud y enfermedad en la sociedad guineana desde una perspectiva fenomenológica. De tal modo que, acorde a dicho objetivo, en primer lugar se describe el significado y el valor que la salud adquiere así como sus determinantes en la sociedad guineana. En contraposición, en el segundo apartado se analiza la percepción que se tiene de la enfermedad, sus determinantes y su padecimiento. Y, por último, los cuidados tanto a nivel individual como familiar, es decir las prácticas y hábitos que mantienen la población frente a la salud y la enfermedad.

5.2. LA SALUD

5.2.1. EL SIGNIFICADO DE LA SALUD: “Vida, cuerpo y mente”

Para las personas entrevistadas expresar qué es la salud no es una tarea que resulte fácil y sencilla cuando se les pregunta por: ¿qué es o significa la salud para ti? Tanta fue la dificultad que tuvieron algunos informantes para responder a esta cuestión, que su modo de responder fue a través de los silencios.

Los silencios, según el antropólogo Ramírez (1992), aún partiendo de la base de ser considerados como signos semióticos, han de ser entendidos también como hechos y acciones sociales; es decir qué significa el hecho de que alguien, en un contexto determinado, no diga nada; qué quiere decir el no decir nada en ese caso concreto. De tal modo que, los silencios, en última instancia, adquieren no solo significado semántico sino también sentido social.

En las personas entrevistadas, estos silencios también estuvieron acompañados por un lenguaje corporal evasivo –como fue la inclinación de la cabeza hacia el suelo o las continuas evitaciones al contacto visual de la entrevistadora–, connotaron sentimientos de miedo, inseguridad y respeto. En estos casos, los silencios adquieren un sentido social que son la expresión del poder social que la clase médica goza en la estructura social ecuatoguineana –cabe recordar que en muchas ocasiones se identificó a la entrevistadora con un profesional sanitario–, pues se trata de un estatus profesional con mucho prestigio, ya que son poseedores de un saber científico inalcanzable para el resto de la población, al cual se le debe de otorgar respeto y sumisión. Asimismo, el estatus social que supone en la sociedad guineana ecuatoriana el ser española y blanca, como fue el caso de la persona que realizó las entrevistas, reforzó la jerarquía y relación social asimétrica existente, y por tanto el silencio generado. De tal modo que ello también dio lugar a que estas personas sintieran temor ante la percepción subjetiva de que sus opiniones iban a ser enjuiciadas y valoradas. Miedos que finalmente fueron expresados a través del silencio.

Ahora bien, exceptuando el perfil de varones que tienen un nivel de formación mayor, los informantes expresan vagamente y describen con dificultades lo que para ellos y ellas significa y es la salud.

Grosso modo, se articulan tres discursos diferentes en la población entrevistada en relación a la salud y su significado: “vida”, “cuerpo” y “mente”. Ahora bien, en términos generales, en cuanto a las diferentes formas de entender y definir la salud entre las personas entrevistadas no se observan grandes diferencias según el sexo. Aunque, a este respecto, sí hay que mencionar una diferencia observada en relación a la salud que es transversal en los tres discursos: si bien los varones señalaron la fuerza física como elemento para tener salud y la relación entre salud y trabajo, las mujeres no.

Asimismo, otro aspecto que influye, y explicativo, en la visión que se mantiene de la salud, tal y como se analiza en los párrafos siguientes, es el estado de salud que se tiene en el momento de realizar la entrevista, en concreto vivir con VIH o no, así como el nivel de formación.

En cuanto al primer discurso, “vida”, este predomina en las personas que viven con VIH, específicamente en el perfil de personas que accedieron a los servicios de diagnóstico y tratamiento pero que abandonaron dichos servicios por diferentes motivos y razones. La concepción que estas personas mantienen sobre la salud guarda similitud al concepto de vida, siendo en muchas ocasiones equiparable a ello:

“La salud, la salud, cuando lo tienes bien, o sea, la salud es vida y la vida es todo, que Dios nos lo regaló, para mí es importante tener salud, buena salud, porque sin salud no puedo trabajar, sin salud no puedo estar con mi familia bien, sí es importante tenerla bien, mejor” (Mujer, seropositiva, abandono, 2004).

“Una buena salud te da larga vida, porque primero la salud, después todo lo que puedes hacer detrás, la salud da la vida, nadie puede hacer nada mientras está enfermo” (Mujer, seropositiva, abandono, 2004).

“Es que no quiero contradecir como tal, sino más bien quiero crear debate, en decir qué, la salud sí es vida, pero es que estamos conscientes de que la salud siendo vida, todo hombre es...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Esta similitud que se produce entre «el misterio de la salud» y «el misterio de la vida» ha sido explicada por Gadamer (2001) desde una perspectiva hermenéutica. El mundo de la vida es donde el ser humano proyecta su existencia, el poder ser; y uno de los modos posibles de ser y existir es la salud. Por tanto, la salud hace posible una existencia determinada por las posibilidades de «estar-en-el-mundo» en tanto que ilumina existencialmente el «ser de tal poder-ser».

El segundo discurso en torno a la salud y su significado, “cuerpo”, representa a la mayoría de las personas entrevistadas, independientemente de que se padezca de un estado serológico positivo o negativo. En este discurso la concepción de la salud que se tiene se articula sobre la idea de ausencia de enfermedad. De tal modo que, se mantiene una concepción clásica y orgánica, donde la salud es definida en términos negativos (Dubos, 1980). La salud, por tanto, queda limitada a un sentido biológico, orgánico y patológico:

“La salud es... es tú estás sano cuando no tienes dolor en tu cuerpo, aunque tú me ves bien, yo sufro por dolor en el cuello” (Varón, seropositivo, 2009).

“La salud es que es ahora está bien, yo me siento bien, muy bien, no hay problemas, no molesta nada en el cuerpo, solamente calor, calor este tiempo hay mucho calor, solamente eso, no hay mucho malo, no hay dolor de cabeza, no tengo eso” (Varón, seropositivo, 2009).

“Cuando uno no siente nada, está bien, se siente que tiene salud, no tiene que tomar comprimidos” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

Las personas entrevistadas describen que tener salud consiste en no padecer dolor de cabeza, fiebre, molestias en el cuerpo, etc. En definitiva, no sentir los síntomas patológicos de las enfermedades en el cuerpo:

“Tener nada es a mi manera de ver estar bien, pero lo mismo estar bien en la pareja, no enfermedades, esto es lo que entiendo por salud. Porque ahora no estoy bien porque la vista me está molestando” (Varón, seropositivo, 2009).

“Yo no sé... si usted me puede explicar a yo qué es la salud... A mí me molesta mi cuerpo, porque los blancos ahí me han dicho que tengo tifoidea, paludismo pero no sé nada, yo por la mañana me sube la fiebre” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Ahora bien, cabe mencionar que en numerosas ocasiones suele ser frecuente en las personas entrevistadas que mantienen este discurso, sobre todo para el caso de personas que viven con VIH, una identificación entre la salud y el estado de salud. En este sentido, gozar de salud viene a significar no tener VIH y sida, o en el caso de tener otra enfermedad, no padecerla. Específicamente en relación al VIH, las personas seropositivas entrevistadas señalan que tener buena salud va a depender de “evitar vicios”, en definitiva, prevenir las enfermedades de transmisión sexual:

“[]⁶⁵ no sé cómo, por dónde empezar, es evitar ciertas cosas, evitar ciertas eh... vida ilegal, ciertas cosas que pueden perjudicar la salud, así lo puedo decir legalmente, porque la vida se cree que le un poco, un menos, un poco” (Mujer, seropositiva, abandono).

En esta visión de la salud, acorde al «modelo biomédico hegemónico occidental» (Menéndez,

65 En el parafraseado de los/as entrevistados se codifica las expresiones de la risa, el silencio o sonidos con la garganta a través de los símbolos:

[]: Silencio. Dependiendo de la duración del silencio se pondrá un corchete o más.

(<>): Risa. Dependiendo de la duración de la risa se pondrá un paréntesis o más.

☞: Ruidos con la garganta. Significa estar de acuerdo.

1992), la dimensión psicosocial como aspecto explícito de la salud no está presente en los discursos de las personas entrevistadas. Sin embargo, tal y como se analizará en capítulos posteriores, paradójicamente las personas que viven con VIH que mantienen este discurso cuando relatan sus vivencias y padecimientos ante el VIH expresan la pérdida de la salud mental que han sufrido a raíz del diagnóstico positivo; ansiedad; insomnio; tristeza; falta de apetito; rechazo y vergüenza, etc. Expresan el malestar psicológico y social que sufren desde que son seropositivos/as:

“Solo quiero dormir un poco, un poco de sueño cada vez, y eso viene porque últimamente no duermo bien, siempre estoy pensando, pensando, pensando, pensando, estoy en la cama, pensando. Estamos, estoy, conversando con los amigos ellos me ven que estamos al lado, pero yo ya no estoy ahí, pensando, no duermo” (Varón, seropositivo, abandono).

“Mi salud ahora no está bien porque yo tengo muchos problemas yo estoy preocupada, mi marido está en España y yo necesito dinero para la escuela y comer” (Mujer, seropositiva, abandono).

Esta visión predominante de la salud como ausencia de enfermedad es consecuencia de la importación del «modelo biomédico hegemónico occidental» (Menéndez, 1992), herencia por tanto del colonialismo español durante más de cuatro siglos en el país. Ahora bien, tal y como se irá exponiendo a lo largo del capítulo, dicho sistema de creencias respecto a la salud y la enfermedad convive y se yuxtapone con vestigios del sistema de creencias animista. En cuanto al animismo, y su sistema de creencias, cabe mencionar la separación entre el cuerpo y el espíritu. De tal modo que, si la medicina moderna, y por consiguiente el modelo biomédico hegemónico, puede dar respuesta a la dimensión corporal, no responde a las necesidades espirituales de la salud y la enfermedad del sistema animista. Por tanto, ambos sistemas de creencias configuran el sistema cultural sobre la salud y enfermedad en la sociedad guineana.

Frente a esta visión biológica, surge un último discurso que, de forma consciente, mantiene una visión más amplia y completa de la salud. Este discurso, en la mayoría de los casos, es elaborado por el perfil de personas con mayor nivel educativo. En relación a ello, narran que la salud no solo es no padecer enfermedades sino que también es muy importante para gozar de salud, “sentirse bien”, “no tener preocupaciones”. De tal modo que, resaltan la «dimensión subjetiva» de la salud (Terris, 1975), en tanto en cuanto tienen en cuenta que la salud también tiene que ver con las emociones, con los sentimientos y el bienestar que se tenga:

“[] entonces... muchas veces, teniendo los órganos bien puestos y... bueno, especialmente la persona no puede estar bien de salud. Nosotros tenemos un ejemplo muy... simple recordar en el sentido que más o menos en casa como funcionarios que somos, si en casa nosotros dejamos algún problema, o no hemos dejao dinero de comida en casa sabemos que la familia sufre de hambre y sinceramente, el esfuerzo del trabajo nosotros no estamos bien tranquilos” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En este sentido, se resalta la importancia que tiene el aspecto psicológico como componente central e indispensable en la salud y, por tanto, para el goce de una buena salud. Así, comentan que si la mente no está sana las personas enferman:

“Porque la salud no solamente se afecta cuando... podemos decir que usted... no tiene alguna enfermedad, por ejemplo, puede estar en parte y, y superficialmente quiero decir que buena salud, pero si me falta algo que me daña mi mente, yo no estoy bien de salud” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Hay tipos de enfermedad, enfermedades mentales, enfermedades eh... psíquicas, enfermedades eh... físicas, por ejemplo eh... puedo estar, puedo tener una fractura o... alguna gonorrea, o cualquier enfermedad física, estoy enfermo, pero si en mi mente hay algo que quería obtener y no lo he conseguido, ciertos aspectos de mi cuerpo están bien ¿eh? De hecho, aparentemente diríamos que enfermedad es cuando una parte del cuerpo está fallando, es la definición de enfermedad acerca de la enfermedad” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Por tanto, la salud queda definida acorde a tres aspectos esenciales: fisiológico, psicológico y social. De modo que, se tiene una visión afín a la definición dada por la OMS en 1948 tras la cual la salud es definida en términos positivos en contraposición de la definición dominante del modelo biomédico. En este sentido, se integra un enfoque multidimensional de la salud, basado en un modelo biopsicosocial, teniendo en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de la salud en las personas:

“Porque cuando uno siente un estado de salud buena psicológicamente, socialmente, físicamente, que son tres estados, desde ahí la salud entra en el aspecto de la educación, o sea nosotros como formadores, me gustaría compartir la vida con la gente que sabe cosa de la sanidad, así para mejorar, indicar, instruir a los niños, de cómo se tiene que mantener en esta sociedad” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Sí, quería... quiero añadir algo al hermano M., yo creo que la salud, en un término general, se entiende como ausencia de enfermedad, pero tengo otra definición, que no me acuerdo bien de la OMS, que no es solo la ausencia de enfermedad, entonces en ese caso, yo creo que no todos, sobre todo nosotros, e s t a m o s sanos. Sí, no es la salud por ausencia de enfermedad, tiene que ser una salud de conciencia, que la conciencia de la persona no está del todo... sana ¿no?, para que pueda realizar con optimismo su actividad” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En definitiva, el hecho de que haya tres discursos diferentes respecto a la salud pone a su vez de manifiesto la dimensión valorativa y subjetiva que entraña dicho aspecto. El estudio de la salud debe ser abordado desde una perspectiva fenomenológica, en tanto en cuanto es un constructo social, y puede tener una doble dimensión: uno del propio individuo, personal, subjetivo orientada a un modelo cultural y otra dimensión objetiva, más o menos medible en el área biológica, psicológica y social, orientada a lo profesional (De Roux, Pedersen, Pons & Pracillio, 1990). Asimismo, esta variedad de concepciones sobre la salud también deja ver que, hasta la fecha, aún no se ha consolidado para la población un único modelo explicativo respecto a la salud y la enfermedad.

5.2.2 EL VALOR ATRIBUIDO A LA SALUD: “Indiferencia, prioridad, derechos y obligaciones”

En cuanto al valor y la importancia que las personas atribuyen a la salud se pone de manifiesto diferentes escenarios al respecto.

En términos generales, la salud no representa un aspecto central e importante en la cotidianidad y en las vidas de las personas entrevistadas que gozan de un buen estado de salud. Parece ser una cuestión indiferente que pasa inadvertida, de la que apenas se tiene consciencia de su valor. Esta indiferencia, desde una perspectiva hermenéutica, es explicada por «el olvido de uno mismo» (Gadamer, 2001). En este sentido, el ser humano, por la capacidad de olvido, en cuanto a la conciencia de la salud, cotidianamente no piensa en ella ni representa una preocupación ni ocupación para el hombre. Tan solo se adquiere conciencia de la salud durante la enfermedad, al lamentar la pérdida de la salud. De modo que, la salud opera cuando el ser humano se dirige hacia su propia finitud, hacia la experiencia de la muerte. De ahí que, en este tránsito de la vida, donde el sentido de la salud está oculto, en el olvido de uno mismo, la salud se muestra al ser humano ante la experiencia de la enfermedad y no lo hace como lo que es en sí misma, sino significando vida, bienestar y sobrevivencia.

En segundo lugar, dado la experiencia de la enfermedad, la salud para algunas personas entrevistadas representa una prioridad, lo primordial y lo más importante en sus vidas, pues “sin salud uno

no puede llevar la vida”. Dicho discurso es mayoritariamente representado por las personas que son seropositivas. De ahí que, en la mayoría de las personas que viven con VIH, la salud adquiere un valor inestimable, y por tanto tener salud y mantenerla constituye una prioridad en sus vidas, en su día a día, y una preocupación constante por no perderla. De tal modo que, sale a la luz el sentido oculto de la salud, a raíz del diagnóstico positivo de VIH. A este respecto, cabe mencionar, tal y como se analizará en las conclusiones, que ello es debido a la «representación social» (Moscovici, 1979) construida del VIH, dado que se enfrentan a la idea de mortalidad. Y, en este sentido, al enfrentarse a la idea de mortalidad se produce un proceso reflexivo donde adquieren consciencia del significado que la salud tiene para ellos/as.

Específicamente en el caso de las mujeres seropositivas, gozar de salud significa, entre otros aspectos vitales mencionados, poder disfrutar de una de las instituciones sociales más importante en la cultura guineana ecuatoriana: la familia. En este sentido, expresan que la salud significa poder disfrutar del marido; de los hijos/as; poder disfrutar del dinero; y tener relaciones sexuales... En definitiva, como señala una de las mujeres: “tener vida”:

“La salud es vida porque sin salud uno no puede llevar la vida, uno no puede trabajar, no puede tener riquezas, no puede tener familia” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Bueno, bueno en parte, bueno yo creo que es lo más, es lo más primordial porque uno puede tener posibilidades si es que no tienes tantos, no das... por ejemplo, tengo dinero, tengo carros, que más tendría yo... pero sino tengo salud, no puedo estar feliz, hace falta primero cuidar la salud, es lo más importante o lo hay también puedes tener todo lo demás, las voy a gozar también”(Mujer, seropositiva, abandono).

En contraposición, algunas personas entrevistadas seropositivas sitúan el poder trabajar por encima de tener una buena salud, dado que según cuentan les permite llevar alimentos a la familia así como apoyar la educación de sus hijos/as. El perfil socioeconómico de estas personas suele ser bajo:

“Lo primero la salud.... no... lo primero comida. Si tú tienes que comer buenamente... aquí hay gente que desde la mañana ni agua, ni nada, na, nada, yo ha comido nada, si no hay dinero ni luz ni nada. Bueno yo trabajar para alimentos en casa [] ” (Varón, seropositivo, abandono, nivel educativo bajo).

“Es porque no tengo bienes [] esta hambre sí, y a veces no tengo dinero para comprar algo, a veces... yo tengo nieto, yo tengo nieta, también mi hija ha dado a un bebé (<>)” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo bajo).

Por tanto, en la mayoría de las personas entrevistadas tan solo se adquiere conciencia de la salud cuando se tiene una enfermedad, al lamentar la pérdida de la salud.

Frente a estas dos posiciones mayoritarias, cabe señalar una tercera postura que es representada por el perfil de informantes con un mayor nivel educativo. Ante dicha cuestión, los participantes reflexionan sobre el valor que la salud tiene en y para la sociedad guineana. Y, en este sentido, afirman que no solo tiene escaso valor en la sociedad sino también para las personas:

“Ya, entonces a partir de ahí tampoco hemos de olvidar de todo lo que se puede hablar en el mundo, nos pese, no se debe olvidar que aquí en nuestro país, se hacen y se conciben las cosas de otro modo totalmente, hasta podemos decir, un poco al margen de lo general o de lo normal, o de lo normal, porque este me está hablando que si su conciencia, pues no hay conciencia de salud en la gente” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En relación a este análisis de situación, hay quien señalan la necesidad de que se produzca un cambio social y cultural, para que la salud llegue a constituirse como un valor fundamental en la sociedad; del cual se desprendan derechos y obligaciones para la ciudadanía. Derechos en relación al gobierno, en la medida en que poder disponer de una asistencia sanitaria universal y equitativa debería constituir un derecho para la ciudadanía. Y obligaciones en relación a los individuos, en la medida en que la responsabilidad individual de las personas frente al cuidado de la salud debería establecerse como una obligación. Ahora bien, en cuanto a la responsabilidad individual de la salud en las personas, valoran la imposibilidad de cumplir con esta obligación si previamente a nivel político e institucional no se garantiza unos niveles mínimos de salubridad y cobertura sanitaria:

“Hombre, yo creo que se puede partir diciendo que es [] es un valor muy valioso y es, diría, un derecho que a nosotros nos deben otorgar. El estar en buenas condiciones, yo creo que la salud, es lo fundamental y lo primordial en el hombre, para que cualquier otra cosa que pueda desarrollar el hombre, primero debe contarse con un buen estado de salud, porque si el cuerpo no es sano, ninguna otra actividad puede ser realizada por el hombre, entonces yo creo que es algo tan preponderante que debe ser valorado y debe ser pues protegido []. Si estos no son cuidados por el gobierno, por mucho que la misma persona busque por estar o pasar un buen estado de salud, pues muchas veces pasaron por ver un poco precarias, pues un poco para acá, en la vida de las seres humanos, no solo en las personas sino de todos los seres vivos” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Por tanto, el discurso de este perfil de participantes pone de manifiesto una consideración de la

salud como un derecho humano fundamental, en coherencia a la visión y entendimiento de la salud de organismos internacionales como la ONU (1966) refleja en su tratado internacional de derechos humanos o la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981). Ahora bien, tal y como señala la OMS (1945), el derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. En relación a ello, entiende que el derecho a la salud no debe confundirse como el derecho a estar sano.

Por otro lado, otro factor que señalan importante y que influye en la responsabilidad individual frente a protección de la salud es la mentalidad de la población guineana. En relación a ello, valoran negativamente la poca concienciación que existe en la población sobre la importancia de tener buenos hábitos y de cuidar la salud. En este sentido, hacen hincapié en que para que se produzca un cambio de actitud es necesario emprender programas y medidas que formen a la población sobre ello:

“Se habla de la salud como ha dicho Santiago, que es o también don Rigoberto, ausencia de enfermedad, estamos hablando desde este ángulo, yo diría que depende del hombre, el hombre es el primer protagonista de sus actos, él tiene que ser responsable, primer responsable de su salud, cuidar su medio ambiente, sino va a estar siempre enfermo, creo que el hombre es el primer protagonista responsable de su salud, en este ámbito de enfermedades que estamos...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Yo digo algo sencillo, puedo coger, por tomar un ejemplo así, en las aulas puede haber papeleras y algún niño el papel a tirar aquí, ahí quien tira papeles así, pasan por donde hay papeleras pero lo tiran al suelo, uno echa saliva donde el otro está, claro que todo parte de la educación, de la formación, de educar a los niños en formar, formar” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

De tal modo que, para este perfil de participantes, la salud ocuparía un lugar intermedio entre la responsabilidad personal e individual y la responsabilidad social (Perea, 2004). En este sentido, tanto el individuo como la sociedad, deben de estar comprometidos en la salud personal y colectiva, en tanto en cuanto el individuo es responsable de su salud a través de los comportamientos; de los hábitos saludables; y de su estilo de vida.

5.2.3. DETERMINANTES DE LA SALUD: “Gordura versus riqueza”

A lo largo de las entrevistas en los discursos de los/as informantes emergen espontáneamente algunos elementos asociativos que identifican como determinantes para tener un buen estado de salud.

Un primer aspecto que mencionan como condicionante para gozar de salud está relacionado con el cuerpo de la persona. En líneas generales, las personas entrevistadas asocian el hecho de “estar gordito” con gozar de salud y estar delgado con carecer de ella. Nociones, por tanto, que formarán parte del sistema cultural de creencias sobre la salud, y en concreto sobre tener un buen estado de salud:

“[] que él mismo conscientemente esté bien consigo mismo, yo creo que en ese sentido uno tiene buena salud, que sea gorda o gordo, que sea flacucha o flacucho, que sea un poco así, yo creo que ya son...” (Varón, sin diagnosticar, 2009).

“Ahora e... está muy flaca, es porque yo no... yo no vive con mi marido y esta hambre si y a veces no tengo dinero para comprar algo” (Mujer, seropositiva, abandono).

De tal modo que, el cuerpo adquiere significados, connotaciones, que van mucho más allá de la entidad biológica, de la corporeidad. Al igual que en todas las sociedades, el cuerpo es interpretado culturalmente y, por tanto, adquiere sentido social a través de los esquemas culturales de la sociedad guineana. Por tanto, las propiedades fisiológicas del cuerpo van a constituir un punto de partida para la cultura que hace de mediadora y las traduce en símbolos significativos: «en un sistema de símbolos naturales» (Douglas, 1979, p.12).

Ahora bien, en muchos casos los significados que adquiere el cuerpo suelen estar asociado al VIH. Así, en los discursos de las personas entrevistadas se atribuye la cualidad de estar delgado con el hecho de padecer VIH o sida. En términos fenomenológicos, estar delgado y padecer sida, representa una «tipificación hacia los demás» (Schütz, 1932), en concreto hacia las personas que viven con VIH, en tanto en cuanto implica un esquema de referencia, un conocimiento socialmente aprobado que permite saber y actuar ante ese hecho. De modo que, estas tipificaciones pasan a estar finalmente en el imaginario colectivo de la población como indicador para identificar el sida:

“Pero aún, sin análisis ni otra cosa, lo que más, más la gente apunta es sida cuando te quedas más flaquita” (Mujer, seropositiva, abandono).

Asimismo, estas tipificaciones sobre estar “flaquita” versus “gordita” con tener salud o no tenerla, o padecer sida o no, ponen de manifiesto el pensamiento dicotómico propio de los marcos ideativos, basados en esquemas sencillos, que caracterizan a las sociedades tradicionales (González, 1989).

Otro determinante de la salud que también se menciona en los discursos es el nivel económico. Las

personas entrevistadas cuentan que el hecho de “tener dinero” en la sociedad guineana posibilita y condiciona los cuidados para la salud. Afirman que, actualmente en el país, el cuidado de la salud está fuertemente condicionado por los recursos económicos que tienen las personas. En relación a ello, cuentan que en muchas ocasiones su salud se ha visto constreñida por la falta de recursos económicos. Por ejemplo, las mujeres que viven en poblados narran como su familia padece de paludismo crónico y que una de la razones de ello se debe a la falta de mosquiteras en su hogar para prevenir el paludismo dada la escasez de dinero que disponen para poder comprarla, ya que tan solo estas mosquiteras se proporcionan gratuitamente por el gobierno a las mujeres embarazadas:

“Sí, me molesta, pero solo lo dan ahí en el hospital a las embarazadas... y no, no tengo dinero, si tú me pudieses dar” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“No, no tengo, sé que venden en la ciudad 1.000 francos pero no el doctor no me dio” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

También narran los casos de falta de higiene personal que existen en la población guineana, dada la escasez de recursos económicos para poder comprar jabón y/o determinados utensilios:

“[] el hombre es el... es el autor, es el motor de su salud, y enciendo el motor o el agente más visible de su salud, y si esta persona no dispone de medios como para poder llevar su salud honestamente como se debe, yo no creo que por mucho que quiera tener salud lo lleve como es debido, imagínese que el jabón valga... valga 100 francos, y este en todos los gastos del mes no disponga de 100 francos como para poder comprar, te estoy hablando en el caso de los alumnos por ejemplo, este no disponga de 100 francos como para poder comprar jabón alrededor de los cuatro fines de semana que contiene el mes, yo creo que este por mucho que se le exija ser limpio, higiénico, no se podrá conseguir” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Ahora bien, esta falta de recursos económicos no solo imposibilita la higiene personal de parte de la población sino que también condiciona la posibilidad de recibir asistencia sanitaria y médica respecto a los problemas de salud que se presentan. Así, las personas con un perfil educativo mayor, narran como en Guinea Ecuatorial las personas que tienen mayores recursos económicos gozan de mejor salud, pues el hecho de tener dinero le permite viajar al extranjero para tratarse las enfermedades en las clínicas europeas, o asistir a las clínicas privadas del país, tales como Clínica La Paz o la Clínica Guadalupe, así como la posibilidad de poder comprar medicamentos o viajar a Gabón para comprarlos:

“[] ocurren casos aquí, como los que... los de que el ministro, un ministro, se caiga enfermo de malaria y tal, sale de aquí a curarse fuera []. ¿Y quién tiene que dar ese dinero? pues ese presidente, el gobierno, hay que decirlo así, el gobierno, y si el gobierno no se interesa de los más pobres, ¿qué haremos los más pobres, moriremos así, sin ninguna salud? Yo recuerdo, yo recuerdo que, me vais a perdonar, no soy político pero escuchando estas... como se llaman estos discursos políticos, me acuerdo de la boca de uno que decía: “Yo me siento... saludable” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

De tal modo que estos participantes encuentran que las diferencias en la salud entre la población rica y pobre del país tiene sus causas, más allá de los aspectos genéticos y biológicos individuales, en las distintas oportunidades y recursos económicos de la población guineana para recibir asistencia sanitaria para los cuidados y protección de la salud. Por tanto, los discursos de este perfil de participantes evidencian la existencia «desigualdades sociales en salud» (OMS, 2008) basada en la inequidad existente en el acceso de los servicios sanitarios. Tal y como fue analizado en el primer capítulo, este tipo de desigualdades se consideran injustas, porque son generadas y mantenidas por lo que se han denominado «condiciones sociales injustas» (Evans & Peters, 2001). De modo que, para este perfil de participantes, a diferencia del perfil de participantes de la medicina tradicional, la distribución de las enfermedades no dependen tanto del azar, ya que están determinadas por la estructura social, política y económica del país. Afirman, por tanto, que los problemas de la salud en el país afectan más a los grupos sociales más vulnerables y pobres.

Y, por último, en coherencia con la visión que mantienen sobre los determinantes sociales de la salud, este perfil de participantes señala que un tercer aspecto que determina la salud individual y colectiva de la población es la pobreza existente en su país:

“[] es verdad que uno mientras vivimos en este mundo y sobre todo en tercer, en países tercermundista, que nos quejamos más de la salud que vosotros, pero la verdad es que aquí en nuestro país es muy poco frecuente hablar de uno que goce...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“[] Partiendo de ahí, es que la pobreza también nos obliga a... tener muchas enfermedades” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

5.3. LA PERCEPCIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD: “Las fang y de hospitales”

Independientemente del sexo, del hábitat, del nivel de formación y prácticas asistenciales, la mayoría de las personas entrevistadas comparten una percepción sobre la enfermedad basada en la existencia de dos tipos de enfermedades bien distintas: “las enfermedades tradicionales”, es decir enfermedades que comúnmente denominan “de curanderías”, y “las enfermedades de hospitales”. En cuanto a esta distinción, cabe mencionar que una minoría de varones entrevistados, que corresponde con personas que tienen un alto grado de religiosidad y/o con niveles de formación alto, son escépticos y en algunas ocasiones cuestionan la existencia de enfermedades de tipo tradicional.

Ahora bien, en gran medida esta distinción entre ambos tipos de enfermedades, tiene su razón de ser en las diferentes formas de entender el origen de dichas enfermedades. En el caso de las “enfermedades de curandería”, se piensa que su origen reside en la brujería y/o el hechizo, resultado por tanto del sistema cultural de creencias animistas que mantiene la sociedad guineana ecuatorial. Un sistema de creencias que toma como base fundamental la división entre el cuerpo y el espíritu. Y, por consiguiente, muchas enfermedades van a ser explicadas como enfermedades de espíritus, del alma y de ánimas. De tal modo que, la mayoría de las personas entrevistadas narran como las enfermedades de curanderías son resultados de hechizos, de ser “cogidos por la brujería”, consecuencia en la mayoría de los casos de la envidia existente en el entorno social. Una envidia que, según señalan, suele generalmente provenir de familiares y/o vecinos/as. Cuentan que este tipo de enfermedades no pueden ser diagnosticadas por los médicos, ni por ningún profesional sanitario de la medicina moderna, dado que “los aparatos no pueden verla”, pues son enfermedades que tienen que ver más con el alma:

“Tú sabes que ahora que estamos aquí en la curandería el cuerpo humano tiene dos tipos de enfermedades. Digamos que tienes paludismo, tienes hipertensión, tienes hernia y puedes ir al hospital. Ahora cuando tienes hechizo o el *lunma* que se inyecta a la gente ¿qué es lo que tú vas hacer en el hospital? Estamos por esa razón aquí porque tenemos la enfermedad del *fang* (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado)”.

“Pero tradicionalmente como somos *fang*, hay cosas que el médico no me puede hacer, que las tiene que hacer la curandería porque tenemos muchas cosas que tenemos que tratar a la, a la curandería porque si tengo hechizo no me voy a irme al médico, voy directamente a la curandería (Varón, seropositivo, 2009)”.

Ahora bien, entre los diferentes perfiles entrevistados, se observa en los participantes con un nivel de formación menor, y que residen en un hábitat rural, una concepción mucho más acentuada sobre el hecho de que las enfermedades ocurren como consecuencia del factor suerte, es decir en relación a “ser

cogidos” o no por la brujería. En este sentido, comentan que el enfermar consiste en una cuestión de mala suerte. Dicha creencia va a dar lugar a que se perciba que el hecho de enfermar sea un suceso que no dependa de la persona:

“[] es depende de cada uno ha ganado mala suerte de tener la enfermedad, poseer la enfermedad no mira el sexo. Bueno, entre los dos sexos, yo creo que no hay nadie que parece... mucho las enfermedades, la enfermedad es depende de cada uno ha ganado mala suerte de tener la enfermedad, poseer la enfermedad no mira el sexo” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Al venir aquí, la curandera me dijo que la gente que... de sabe la brujera que me lo... me lo hicieron, y en otro sitio, me, me lo pueden hacer para que mejore, hasta incluso me fui en... en el Hospital la Paz para hacerme con... para que me operen de esta pierna. Al venir aquí la curandera, la... la esta me dijo que te operan en la Paz, tú..., tú te dan más peor que lo que tú, lo que tú tienes... que tú, tú estás andando ahora. Es mejor que deja de... a... asistir en los Hospitales. Por eso estoy aquí, porque hubo una cosa que me hicieron los brujeros, de... de la brujería” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Bueno aunque todas las enfermedades no provienen de la suciedad, porque alguna persona, como ha dicho el compañero, va a la curandería porque a lo mejor es que ha tenido un accidente para caer y entonces, bueno la mala suerte, bueno, bueno es de esta a la siguiente enfermedad la persona padece un accidente por sus medios de locomoción quizá tengan algún problema” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Algunas personas entrevistadas muestran temor al admitir que creen en la existencia de enfermedades tradicionales y que por tanto acuden a las curanderías para tratar y solucionar sus problemas de salud. Dicho temor es el reflejo de que durante la época colonial española la creencia en este tipo de enfermedades basadas en hechizos y brujerías fue considerada como una «desviación social» (Merton, 1949) con respecto al sistema cultural de creencias de la colonia, basado en la religión judeo-cristana y en la medicina convencional. Sin embargo, a pesar de que ningún informante lo menciona, durante el trabajo de campo se observó que muchas de las personas entrevistadas tenían sus muñecas, o alguna zona del cuerpo, marcada por cortes y tatuadas como consecuencia de los rituales animistas celebrados durante la infancia para proteger la salud de los malos espíritus:

“Sí, yo no te puedo mentir, he ido a las curanderías... bueno pienso no... ¿usted lo considera mal ¿no? Bueno porque hay algunas enfermedades que en, en el hospital no, no se ve. En los aparatos no se pueden detectar la enfermedad, a través de la curandería te pueden decir que tienes tal cosa” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Entrevistadora: ¿Y esas marcas en las muñecas? I: Me lo hicieron, era yo pequeña, el hermano de mi, de mi, de mi madre como es el que quien considero mi padre, porque es él quien me crió desde niña hasta ahora, para protegerme. Sí, una especie de protección desde niño” (Mujer, seropositiva, abandono).

Los discursos de las personas entrevistadas especifican algunas de las enfermedades consideradas tradicionales. Por ejemplo, señalan que el *Kcom*, el *Vocho*, *Efisan*, la “enfermedad verde”, la epilepsia, las enfermedades mentales son enfermedades que tan solo pueden ser tratadas en las curanderías. De ahí que en las visitas a las curanderías realizadas durante el trabajo etnográfico se observara la hospitalización de pacientes en estos dispositivos que padecían, según las etiquetas clínicas de la medicina moderna, trastornos mentales y epilepsia, entre otras enfermedades:

“Los curanderos tradicional... solamente cuando tenía la enfermedad que te he explicado que me va aparecer durante un año es cuando me llevó en la curandera tradicional *Engolo*, porque la gente dice que nuestro magia negra que se llama *Kcom* me ataca, pero no con el virus...” (Varón, seropositivo, 2009).

“[] esta que se llama *Efisan* que siempre molesta en el estómago. Yo no sé si dicen que está provocado por unas ollas que se preparan, no sé cómo. Esto da un dolor por todo el cuerpo hasta incluso en la columna vertebral” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, poblado).

En cuanto al origen de las “enfermedades de hospitales”, a diferencia de las enfermedades tradicionales, esta se halla en la religión católica judeo-cristiana. De modo que cuentan que es Dios el responsable último de que las personas tengan o no salud, en la medida en que es quien da la salud o por el contrario también la quita. Por tanto, en algunas ocasiones, como es el caso de la “enfermedad” del VIH, las enfermedades son percibidas como un castigo divino:

“Yo no sé... yo no sé.... no sé... no sé esta enfermedad que Dios me ha dado... me extraña mucho... me extraña mucho. El Señor está conmigo desde los 14 años []” (Varón, seropositivo, abandono).

“Espero que tengo esta enfermedad... y tengo hijos pequeños. No sé si Dios me va a dar más vida...” (Mujer, seropositiva, abandono).

Asimismo, en los discursos también se indica cuales son las “enfermedades de hospitales”, es decir las que tan solo pueden ser tratadas y curadas por los médicos y profesionales sanitarios. En este sentido, señalan algunas “enfermedades de hospitales” como el paludismo, anemia, el tifus, el VIH, el sida, las

enfermedades de transmisión sexual, etc. En las personas entrevistadas, este tipo de enfermedades, las “enfermedades de hospitales”, se manifiestan en el cuerpo de las personas a través de la fiebre, de la tos, distinguiéndose así por tanto de las enfermedades de tipo tradicional:

“Yo voy con paludismo, o cuando ataca la fiebre a mi cuerpo y me molesta, cuando tengo diarrea voy al hospital, yo acude siempre al Hospital” (Varón, seropositivo, 2009).

“[] la famosa, paludismo que domina demasiado aquí en Guinea. Hay muchas enfermedades que curan los blancos, muchas, sí, cosas como tifoidea, todo esto, lo curan ahí” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

“Fiebre amarilla es una enfermedad muy grave, lo que suele pasar, es... lo llaman ictericia, lo que conocéis como fiebre amarilla no es la enfermedad de fiebre amarilla porque por aquí en Guinea no se ve mucho. Lo que pasa es que cuando hay problemas en el hígado, los ojos suelen tener un problema” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

De tal modo que, es la sintomatología, es decir las manifestaciones patológicas y clínicas de la enfermedad, la que advierte de que se trata de una “enfermedad de hospital”. Por tanto, ello pone de manifiesto, el modelo biomédico occidental en el que se fundamentan las “enfermedades de hospitales”, basadas principalmente en el diagnóstico y tratamiento curativo de los síntomas somáticos de las enfermedades en el cuerpo humano. Para este modelo es esencial tener un diagnóstico clínico basado en la medición con alguna técnica de la anormalidad, en comparación con unos valores establecidos que presenta el organismo. Ahora bien, a pesar de la importancia de estos aspectos, tal y como ha sido señalado por algunos participantes, dicho modelo presenta dificultades para identificar los aspectos psíquicos que afectan a las enfermedades así como los aspectos sociales.

En términos generales, los discursos evidencian una mayor confusión en la identificación de cuáles son las “enfermedades de hospitales” respecto a las enfermedades de la medicina tradicional. Cabe señalar algunas diferencias observadas en los discursos entre ambos tipos de enfermedades. Una primera diferencia se basa en los indicadores que advierten sobre los distintos tipos de enfermedad. A diferencia de las “enfermedades de hospitales”, en las enfermedades de curanderías no se especifican claramente los “síntomas” o manifestaciones. Quizá ello sea debido al sistema de creencias animistas, en tanto en cuanto ponen más el énfasis en el alma, en los espíritus, en relación a la enfermedad, y por ello carecen de las manifestaciones clínicas como las “enfermedades de hospitales”.

Otra diferencia se halla en relación al origen de ambas enfermedades, pues si bien en el caso de las enfermedades tradicionales el discurso sobre estas enfermedades está muy focalizado en el origen, es decir por la brujería o por el hechizo, en el caso de las “enfermedades de hospitales” pierde importancia en el discurso su origen. Tan solo en el caso del VIH, cobra centralidad este aspecto, haciéndose mucho énfasis

en el castigo divino que supone tener dicha "enfermedad":

“Es un castigo de Dios []. Ummmm... de Dios, poco, casi la copulación. Uno acepta la ley de Dios, es una respuesta espiritual” (Varón, seropositivo, 2009).

“Ahora, si Dios me llega a dar más vida, me gustaría estudiar la medicina” (Varón, seropositivo, abandono).

Y, por último, otro elemento diferenciador que se evidencia en los discursos sobre ambos tipos de enfermedades se halla en la centralidad que adquieren los medicamentos en las “enfermedades de hospitales” mientras que en las enfermedades tradicionales dicho aspecto no se menciona. No obstante, cabe resaltar que este aspecto es un elemento que aparece con más frecuencia en los discursos de los varones entrevistados que las mujeres. Quizá ello sea debido, por una lado, a una mentalidad más orientada hacia la curación de las enfermedades y, por otro, a la responsabilidad que los hombres guineanos tienen en la financiación económica de los medicamentos:

“Bueno cuando estoy enfermo voy al médico para que me recete comprimidos” (Varón, seropositivo, 2009).

“Esto pasó mucho tiempo sin curarse, me fui donde el doctor al... donde ese, donde farmacia internacional, Dr. Benzerlaw, yo sin saber nada” (Varón, seropositivo, abandono).

Ello evidencia, por tanto, una visión medicalizada de la enfermedad propia del «modelo biomédico hegemónico occidental» (Menéndez, 1992). Ahora bien, tanta ha sido la socialización de la cultura guineana sobre este proceso de medicalización, propio de las sociedades occidentales, que algunas de las dificultades encontradas durante el trabajo de campo fue consecuencia de ello, tal y como se explicó en el capítulo metodológico de la tesis, pues algunos informantes acudieron a las entrevistas con expectativas de recibir “comprimidos” en tanto en cuanto asociaron el que la entrevistadora fuera blanca y occidental con la dispensación de medicamentos:

“Entrevistadora: Perdón, ¿qué has dicho? R: Si habrá una ayuda, si no habrá, no puedo decir nada, lo que yo quiero es ayuda, medicamentos. Entrevistadora: ¿Una ayuda de qué? R: Sí, de tal, de que me... me ha pedido mi nombre... y mi apellido y todo, que si no habrá nada, ¿para qué voy a dar mi nombre? ¿Qué voy a ganar?” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Y, por último, se exponen otros criterios secundarios que aparecen en los discursos para clasificar los tipos de enfermedades. Dichas clasificaciones siguen estando en consonancia con el pensamiento dicotómico que caracteriza a las sociedades tradicionales (González, 1989), y por ende a la sociedad guineana. Una primera clasificación se establece en función del tiempo de existencia de la enfermedad en Guinea Ecuatorial. En relación a ello, las personas entrevistadas con una mayor edad clasifican las enfermedades en relación a su conocimiento y el tiempo entre enfermedades nuevas y enfermedades antiguas. Mientras que las enfermedades antiguas se asocian a las enfermedades *fang*, las enfermedades nuevas son asociadas a las “enfermedades de hospitales”. De modo que, se asocia enfermedad nueva con “enfermedad de hospitales” y con VIH:

“Así está mal, mal, el mundo está mal ahora, que estoy pensando otra cosa, una cosa, estoy pensando que tú estas pensando en una cosa y te lo han transmitido por otra... por la otra cosa. Estoy pensando una cosa, otra cosa, se lo ha transmitido, se lo transmiten por otra cosa, así son las enfermedades de ahora” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, edad mayor).

Una última clasificación, realizada tan solo por los varones entrevistados con un nivel de formación alto, consiste en distinguir las enfermedades en función de si tienen o no manifestaciones clínicas. De modo que, se habla de enfermedades que tienen su manifestación en el cuerpo y de otras enfermedades que no la tienen. En este sentido, las enfermedades que se manifiestan en el cuerpo lo hacen a través del dolor, la fiebre, la tos, etc. y, por otro lado, están las enfermedades mentales y psicológicas que no tienen manifestaciones clínicas de este tipo. Y, dichas enfermedades, exceptuando el perfil de personas con un nivel educativo mayor, son relacionadas con la medicina tradicional:

“Lo que ese chico que está aquí en la curandería de aquí, en el curandero tiene trastorno mental, soy trastornado, soy trastornado él quiere convertir como un loco” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

“Entrevistadora: ¿Y creéis que esa enfermedad se cura a través de la curandería? R: Bueno, a veces. Ce: Sí, vino aquí para curarse pero ya está calmado ahora, porque antes quería convertirse en loco” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

Ahora bien, al margen de las distintas clasificaciones que se establecen, cabe mencionar un aspecto importante que es común en ambos tipos de enfermedades, pues independientemente del tipo de enfermedad que sea se comparte una concepción mística y espiritual del origen de la enfermedad. En el

caso de las enfermedades tradicionales, el origen se debe al sistema cultural animista, mientras que el origen de las “enfermedades de hospitales” se halla en la religión católica judeo-cristiana. En ambos casos, ello conlleva a un proceso de desapropiación de la salud de las personas, eximiendo la responsabilidad individual ante la protección y cuidado de la salud y la enfermedad, en la medida en que el origen de las enfermedades se deposita en Dios o en las ánimas. Lo cual supone una barrera para el éxito de las políticas de promoción y prevención de enfermedades, en tanto en cuanto gran parte de la fundamentación de políticas se basa en la responsabilidad individual de las personas ante el cuidado de la salud.

En síntesis, existe una percepción dual de la enfermedad sustentada en la yuxtaposición de sistemas culturales diferentes.

5.3.1. LOS DETERMINANTES DE LAS ENFERMEDADES

A lo largo de los discursos se ponen de manifiesto una serie de factores que, según las personas entrevistadas, determina que se padezca o no enfermedades. No obstante, cabe mencionar que la mayoría de los factores esencialmente son señalados por el perfil de participantes que tienen un nivel educativo mayor. Dichos factores han sido clasificados del siguiente modo:

5.3.1.1. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES

A este respecto, gran parte de las enfermedades son consecuencia de una serie de factores que tienen su razón de ser en el medio ambiente. Por ejemplo, las personas entrevistadas con un nivel educativo mayor, hacen hincapié en la existencia endémica de enfermedades siendo responsables determinados mosquitos e insectos, tal es el caso del paludismo. Asimismo, la suciedad que se produce en el entorno así como el agua contaminada y los alimentos son otras de las razones ambientales responsables de generar enfermedades en el país:

“Sí, cuando nosotros hablamos de que un ser humano está enfermo pues, muchas veces nosotros podemos opinar de que el medio ambiente está lleno de contaminaciones, porque el mismo aire que nosotros respiramos tiene un montón de microbios, y de otros microbios tenga suficiente fuerza para combatir con las defensas que nosotros tenemos, pues nosotros podemos decir que tal persona tienen, padecen de una enfermedad, el agua, la alimentación, etcétera, etcétera... como he dicho el medio ambiente, todos estos elementos contaminan el medio ambiente” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“[] ¿qué dependería la salud? yo creo que de muchas cosas: del ambiente, de la higiene, de la comida, del agua, del entorno, muchos factores” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

De tal modo que, en coherencia con este determinante de la enfermedad, este perfil de personas entrevistadas resalta la importancia que tiene la higiene personal para prevenir las enfermedades.

5.3.1.2. DETERMINANTES SOCIALES

Asimismo, se señala un segundo elemento clave que influye como determinante de las enfermedades: los factores sociales. En relación a estos factores sociales, añaden tres aspectos esenciales que inciden en el desarrollo de las enfermedades.

En primer lugar, señalan la falta de información que la población guineana ecuatoriana tiene respecto al cuidado de la salud y a la prevención de enfermedades. Y, en segundo lugar, la poca formación que se tiene pues impide poner en práctica estrategias de prevención sobre determinadas enfermedades. Por tanto, hacen hincapié en la necesidad de desarrollar políticas de salud pública que lleven a cabo programas de educación para la salud:

“Falta de información, por ejemplo, estoy observando algo aquí ahora por las calles, que las calles están llenas de basureros ¿no? y a cero centímetros hay mujeres que van vendiendo comida ahí, un sitio de putrefacción así, una mujer amamantando a su bebé es una situación peligrosa. Esta mujer está vendiendo, ella no tiene información de que este sitio es una fuente de contaminación” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“Otra cosa, porque la información va relacionada con la formación, porque una persona que ya está formada, más o menos sabe que este sitio es peligroso, puedo adoptar una estrategia para que no me quede contagiada” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Y, por último, también se señala la pobreza del país como determinante de la enfermedad:

“Y, por último, viene la pobreza, vamos a suponer que... usted está en un sitio al lado de un charco, pues resulta que usted no tiene otro medio para tomar algo, ¿qué haría usted?, morir o tomar agua del charco” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Como una, porque todos nosotros, bueno, puedo decir el 95% de Guinea, andamos, bueno paseamos, trabajamos, pero estamos mal de salud, mal de salud doctor... porque él te va a decir oh no, que siento el tifoidea me ataca. Pero no quiere decir que cuando yo voy a la calle estoy bien de salud doctor, no quiere decir que estoy bien de salud, eh... tengo dolor en el cuerpo, tengo traumatismo pero ¿estoy bien de salud? Tengo también preocupaciones, y de verdad, de verdad que el dolor no me puede dejar dentro con las preocupaciones” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Así, comentan que la falta de pavimento de las calles, la suciedad existente en el país, la falta de saneamiento básico, de agua salubre y potable, la falta de asistencia sanitaria, de médicos, etc., tienen una gran incidencia en la enfermedad:

“¿Cómo sentimos nuestra salud? La mayor parte han dicho “va a mal”, otros dicen “mejor”, otros “regular”, yo creo que hemos tocado todos los puntos, que nosotros no gozamos de la salud, a partir de ahí si carecemos de agua, carecemos de la electricidad, yo creo que el resto de cosas no estamos en pie: “tener salud doctor, salud, completamente salud, no sé si un guineano tiene una salud verdadera y completa ¿eh?, de verdad, no sé, no sé... [] []” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Esta relación entre enfermedad y pobreza no es señalada tan solo por el perfil de participantes con un nivel educativo mayor, ya que muchas de las personas entrevistadas, independientemente de la edad, sexo y nivel de formación, señalan dicha relación. De ahí que se mencione también la asociación entre VIH y sida y pobreza y en concreto en Guinea Ecuatorial:

“[] es una interrogación, a ver si me explico, eh... como la proliferación de la enfermedad del sida, de sida en nuestra urbano, hay personas que le dicen que no a esto, sobre todo las chicas. Y dicen cómo, de qué manera puedo sobrevivir. Para que sobreviva tiene que aventurar y de esta aventura viene una consecuencia maligna que es el contagio de la enfermedad. Usted ve que la pobreza como no tiene otra manera de, para obtener algo de dinero para sobrevivir ha tenido que hacerlo ¿eh? Partiendo de ahí, es que la pobreza también nos obliga a... tener muchas enfermedades” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Ahora bien, según relatan estos factores sociales condicionantes de la salud y la enfermedad son el resultado de los escasos esfuerzos que se realizan en el país por controlar y prevenir las enfermedades derivadas del entorno y del medio ambiente:

“ [] ¿de qué dependería la salud? yo creo que de muchas cosas: del ambiente, de la higiene, de la comida, de, del agua, del entorno, muchos factores y si estos no son cuidados por el gobierno, por mucho que la misma persona busque por estar o pasar un buen estado de salud, pues muchas veces pasaron por ver un poco precarias, pues un poco para acá, en la vida de las seres humanos, no solo en las personas sino de todos los seres vivos, pero...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

5.3.1.3. DETERMINANTES BIOLÓGICOS

Las personas entrevistadas, independientemente de la edad, sexo, nivel de formación, etc., perciben que otro aspecto que determina el padecer más o menos enfermedades se halla en la biología de las personas, concretamente en el sexo biológico. Tanto varones como mujeres están de acuerdo en afirmar que las mujeres tienden a padecer más enfermedades que los varones. Algunas razones que exponen sobre el hecho de que esta diferencia biológica genere más enfermedades es debido al órgano reproductor femenino así como los frecuentes embarazos:

“Porque la mujer... es una persona que tiene más posibilidad para... La mujer es muy fácil para... para obtener una enfermedad. Sí, la mujer no puede hacer, no puede, estar en casa, en su casa durante un mes sin, sin eh... pasar por su médico... para verificar embarazos y todo esto” (Varón, seropositivo, 2009).

“[] también porque vuestro, vuestro organismo es también más complejo y más delicado que el nuestro, yo a veces suelo pasar un año, dos, sin tomar una aspirina, pero es difícil por ejemplo que una mujer, por muchas razones que sean, algunas que me sé yo, pues se les baja la regla puede que tenga unos malos síntomas y como no tiene buena formación igual pueda querer atribuirlo a no se sabe qué, y directamente tiene que irse ¿no?, y que si dolor bajo vientre, esto no lo tenemos, no tenemos estos síntomas” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

5.3.2. EL PADECIMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD

En este apartado se analiza, con base a la distinción realizada por Susser (1973) entre «enfermedad» (*disease*) y «padecimiento» (*illness*), cómo la población guineana afronta o padece el malestar de la enfermedad en general, independientemente de que se trate de una enfermedad tradicional o “de hospitales”. Por «enfermedad» se entiende, en el caso de las “enfermedades de hospitales” toda alteración o disfunción de los órganos con base al modelo biomédico, y en el caso enfermedades tradicionales todo malestar bien sea orgánico o espiritual cuyo origen se halle en el sistema de creencia

animista. Y por «padecimiento» como un mal, dolencia o estado subjetivo percibido por la persona (Susser, 1973).

En cuanto al padecimiento de la enfermedad, los discursos de las personas entrevistadas ponen de manifiesto diferencias entre los hombres y las mujeres en relación a las experiencias y vivencias ante la enfermedad, en la medida en que estas van a estar moldeadas por los valores, roles y significados que definen los diferentes géneros, masculino y femenino, en la sociedad guineana. En relación a esta diferencia, son las mismas personas entrevistadas las que hacen hincapié en el hecho de que según se sea hombre o mujer se afronta de forma distinta la enfermedad. En el caso de las mujeres, relatan que cuando la mujer siente malestar, cuando perciben que su estado de salud no está bien, es decir cuando “la salud molesta” suelen asistir sin reparos a los profesionales sanitarios en el caso de la medicina moderna y, en el caso de enfermedades tradicionales, a la curandería:

“[] un pastor allá que cura y encuentras a más mujeres que hombres, en curandero tradicional tal o cual, encuentras más mujeres, a veces en el hospital más mujeres, eso []” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

“[] porque vas a ver, puedes ir a la curandería tradicional y encuentras solamente mujeres y niños, ahí no hay hombres, pero los hombres están enfermos... Vas en la medicina moderna igual” (Mujer, seropositiva, abandono).

Sin embargo, los hombres guineanos tan solo acuden a los servicios sanitarios cuando perciben que su estado de salud está muy deteriorado o empiezan a sentir que padecen de una enfermedad grave:

“Llevaba un bulto que había durado mucho tiempo, me empezaba a doler más, los facultativos decían que era hernia y llegué al hospital grave para si ellos si me operaban el bulto desaparecerá” (Varón, seropositivo, 2009).

“No sé, yo estaba grave, me llevó mi hermana al hospital” (Varón, seropositivo, abandono).

También se señala otra diferencia, el hecho de que el hombre guineano, en contraposición a la mujer guineana, suele esconder y ocultar sus problemas de salud y las enfermedades que padecen:

“[] es porque aunque los hombres pueden esconderse que llevando una enfermedad, pero sin querer hablarlo, sin querer curarse, esto...” (Mujer, seropositiva, 2009).

“[] porque es verdaderamente los hombres dicen, ¡ah, no tenemos nada!, tanto eh medicina tradicional que moderna no van a ninguna parte, ese el siempre se queda en el centro ¡qué no tenemos nada...!” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Si a mí, si descubra que tengo VIH y sida, primero es el médico, voy al médico a seguir tratamiento. Sí, voy al médico, hay muchos que no van al médico porque tienen sida, lo ocultan y se quedan en sus casas [...]” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“[] porque hay algunos que tiene la enfermedad, dicha, dicha enfermedad, pero están bien tumbados en su casa, sin molestar, pero, por en cambio, lo que hacen es multiplicar la enfermedad, pero cuando mientras tanto que la mujer se, se ve, busca toda la forma de estar sana” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Ahora bien, estas diferencias en cuanto al afrontamiento de las enfermedades en función del género, fue criticada y explicada por los varones entrevistados con un nivel de formación mayor. Una primera explicación que dan tiene que ver con la desaprobación social que existe en la sociedad guineana ante el hecho de que un hombre muestre y exprese su padecimiento, y por tanto el dolor físico ante las enfermedades. De tal modo que, en coherencia con los estereotipos de género propios de un sistema patriarcal, característico de las sociedades tradicionales (González, 1989) se desaprueba socialmente que los varones asistan al médico, pronto y mucho, pues ello connota debilidad y falta de fortaleza. Por tanto, los varones entrevistados critican y se burlan de que las mujeres guineanas acudan a las consultas médicas con mucha frecuencia. Esto es interpretado como un síntoma de debilidad así como de poca tolerancia ante el dolor físico:

“[] es la mujer y es un tema que normalmente da dolor de cabeza a la gente ¿no?, porque si miramos la esperanza de vida, la mujer tiene más esperanza de vida que el hombre (>)⁶⁶, pero resulta que cada vez la mujer está enferma, cada vez tiene que acudir al médico, pero se constata que la mujer vive más tiempo que el hombre y... en este sentido la mujer es la que va más al médico” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“La verdad es que las mujeres son muy enérgicas ante cualquier situación anómala, no aguantan, a la primera se van al médico, al hospital. De hecho, eh... , una enfermedad que un hombre podía quedarse en casa para la mujer es motivo de ingresarse, es motivo de ingresarse, porque las mujeres no aguantan, porque hay hombres que pueden aguantar una enfermedad y un año sufriendo, pero las mujeres no aguantan, esta es la diferencia que hay...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

66 Risas de algunos de los miembros del grupo de discusión.

Asimismo, algunos participantes con un nivel de formación bajo, ofrecen distintas razones del porqué de estas diferencias. Una primera explicación se basa en el papel y la responsabilidad que el hombre guineano tiene en la economía familiar, acorde por tanto a la división sexual del trabajo de los sistemas patriarcales. Según cuentan, en Guinea Ecuatorial, el hombre es el principal responsable y proveedor económico en el núcleo familiar. Por tanto, el hecho de que recaiga sobre el hombre la responsabilidad de proveer los recursos económicos a la familia, conlleva a no priorizar su salud. De tal modo que, demora su asistencia al médico, y padece más las enfermedades, con la finalidad de continuar trabajando para llevar recursos económicos al hogar:

“[] Por eso un hombre, un padre de familia no puede decir ante sus hijos o ante su mujer, aunque ya ha pasado dos semanas sin comer (∞)⁶⁷, no puede decir que tengo hambre, y esto es lo que nos pasa con la enfermedad, sí” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“Muchas veces hay situaciones que pueden pasar, el hombre es el responsable del hogar, entonces, muchas veces cuando, cuando ves que el señor se siente mal, m... lo que hace es humanizar su enfermedad, se preocupa de lo que pasa en el hogar, y como morizaba antes en el sentido del, del hambre, porque cuando en casa no hay nada, el hombre, aún enfermo, pues lo que hace es buscar manera de espabilarse y deja que la enfermedad se, eh... va aguantando, de... síntomas, todas las situaciones, simplemente porque el hombre con el sufrimiento y la responsabilidad de que lleva el hogar le deja menospreciar la enfermedad, pase de... de los trabajos a las nuevas situaciones en casa... Ahora se va cuando ya está empeorando” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Por otro lado, una segunda explicación señalada por este perfil se basa en la incompatibilidad de los horarios entre la jornada laboral y de atención a los recursos sanitarios. Esto ocasiona una menor asistencia del hombre al médico. Y, por último, otro aspecto también comentado es el hecho de que en un contexto de falta de recursos económicos se prioriza los cuidados de salud en la mujer, y en los hijos/as, frente a los hombres en cuanto a la atención sanitaria, dado que ello conlleva un desembolso económico.

5.4. LOS CUIDADOS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: “Lo masculino y lo femenino”

En cuanto a las prácticas llevadas a cabo para proteger y cuidar la salud, así como para prevenir las enfermedades, los discursos ponen de manifiesto que están muy mediatizadas por la existencia de «roles de género».

67 Risas de otros participantes del grupo de discusión mientras el interlocutor expresa la opinión.

5.4.1. PROTECCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD

5.4.1.1. A NIVEL INDIVIDUAL

Un primer aspecto a mencionar en cuanto al cuidado de la salud, es la diferencia observada entre los varones y las mujeres entrevistadas. Esta primera diferencia se basa en el hecho de que si bien las mujeres responden y comentan este aspecto cuando se les pregunta ¿qué haces para cuidar tu salud?, los varones por el contrario, en su mayoría, suelen pasar de largo dicha cuestión. Asimismo, otra diferencia estriba en el tipo de prácticas que son llevadas a cabo según sea el sexo de la persona entrevistada.

En términos generales, las mujeres, en comparación con los varones, protegen más y son más conscientes del valor que tiene cuidar la salud individual. En este sentido, relatan la importancia de llevar a cabo una buena alimentación para la salud. También mencionan que es muy importante para proteger la salud la limpieza del hogar, en tanto en cuanto explican que si un hogar está limpio previene contra los insectos que son los responsables y transmisores en el contagio de enfermedades. Señalan que para evitar enfermedades es vital realizar un control del agua con la que se cocina los alimentos. También son conscientes de la necesidad de cuidar la higiene personal para no enfermar y tener una buena salud:

“También procuro bañarme, asear con agua tibia o caliente después de vivirlo, sin tomar agua normal. Tomo agua mineral o hervir el agua. Así tú tienes que procurar que si algo no va bien no hay que comerlo, si tú ves que algo diarrea mejor dejarlo” (Mujer, seropositiva, 2009).

Y, por último, mencionan la importancia de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, e incluso algunas mujeres comentan que deben ponerse en práctica los consejos y recomendaciones que dan los médicos en el hospital:

“Yo no puedo decir, si uno tiene su cuerpo y ama su cuerpo, uno tiene que mantenerlo bien. La forma que tiene de mantenerlo es lo que te dicen en la charlas de los hospitales, lo que te dicen en los hospitales tú tiene que practicarlos cuando llega” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Si uno tiene su cuerpo libre y lo mantiene bien, evita mantener varias relaciones que se puede contaminar... es un buen método y el cuerpo lo mantiene limpia y no te contagia de las enfermedades esas como la sífilis o las enfermedades sexuales porque sino te mantienes bien... puedes contaminarte de alguna enfermedad y evitas muchas relaciones ya puedes tener buena salud” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

En contraposición, tal y como se ha comentado anteriormente, los varones apenas relatan y reflexionan sobre este aspecto. Cuentan que para cuidar la salud principalmente lo que hay que hacer es acudir al médico cuando una persona está enferma, es decir cuando “la salud molesta”, y tomar los medicamentos prescritos:

“Y o hablo especialmente para mi, si duermo por la mañana si tengo la cabeza un poco así, directamente al hospital en busca de los comprimidos, eso, así yo, no sé si otras persona...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

De tal modo que, se pone de manifiesto una mentalidad, a diferencia de las mujeres, menos preventiva, más enfocada al tratamiento y a la cura de las enfermedades frente al cuidado y promoción de la salud. También se evidencia en los varones entrevistados una visión medicalizada en el tratamiento de la enfermedad. Consecuencia de la importación del modelo biomédico occidental hegemónico.

En síntesis, se observa que las mujeres llevan a cabo más cuidados para proteger su salud que los hombres. Hecho que se corrobora con el discurso de los varones en tanto en cuanto afirman que las mujeres cuidan más la salud que ellos. Por otro lado, también se pone de manifiesto el hecho de que las mujeres mantienen estilos de vida más saludables frente al consumo y abuso de alcohol. Ahora bien, dichas diferencias, tal y como se expone en el apartado siguiente, están basadas en los roles de género. De tal modo que los comportamientos, actitudes, hábitos y prácticas ante la salud y la enfermedad van a estar moldeados por lo que socialmente se espera del hombre y de la mujer.

No obstante, independientemente del nivel de formación, la mayoría de los varones entrevistados explican que estas diferencias en cuanto al cuidado de la salud entre ambos sexos es consecuencia de que la mujer padezca más enfermedades por las diferencias biológicas existentes. Y, en este sentido, señalan que el motivo de que las mujeres cuiden más su salud se debe al hecho de que padecen más enfermedades, por ello acuden al médico con más frecuencia que los hombres. Sin embargo, algunos varones entrevistados con un nivel de formación mayor cuestionan que realmente exista esta diferencia en la salud dado que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor. Argumentan que esta diferencia en la esperanza de vida, y en la mortalidad, se debe al hecho de que la mujer cuida más la salud. Asimismo, explican que el que las mujeres asistan más a los centros sanitarios es consecuencia de los roles de género, ya que son las responsables de la salud familiar:

“Entonces tú preguntas que por qué van las mujeres más al hospital que los hombres en África, por dos razones, primera porque las mujeres son las responsables, son las responsables de los hogares, y decir quien fácilmente puede llevar a un niño al hospital es la mamá, y no hay papá, por los niños se frecuenta los hospitales y [] o también porque como son las amas de casa y son las que se ocupan de la...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

5.4.1.2. A NIVEL FAMILIAR

Los discursos de las personas entrevistadas ponen de manifiesto roles diferentes en el cuidado de la salud familiar entre ambos sexos. A la mujer se le atribuye un papel mucho más activo. Las funciones que dicen desempeñar en este rol de cuidadora son: vigilar la alimentación de la familia, la higiene y limpieza de la casa, la purificación del agua, enseñar y vigilar a los hijos/as el aseo personal, el cuidado de la salud de los hijos/as y el acompañamiento de los familiares (principalmente hijos/as y marido) en el itinerario asistencial, ya sea en la medicina tradicional y/o convencional.

A este respecto, cuentan las mujeres que cuando un hijo/a, hermano/a, marido sienten “molestia en su cuerpo”, son ellas las que acompañan a sus familiares al médico o curandero/a, además de proporcionar los cuidados que necesiten. Las mujeres relatan que ellas son las responsables de proteger y cuidar la salud de sus familiares, maridos así como de ellas mismas:

“Sí, los cuidados de la salud, realmente como te, te he dicho antes... depende de edades. Normalmente, nosotros somos los responsables de los hijos, somos las mujeres []” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“Yo si mi hijos se ponen enfermos yo misma la llevo al Hospital, yo misma... y si yo enferma mi hermanita me cuida, si yo misma no puedo, porque yo soy huérfana []” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo bajo).

De modo que, esta responsabilidad de la mujer en la salud familiar conlleva a que tengan un mayor contacto y socialización con los recursos sanitarios. De ahí que, en las visitas realizadas durante el trabajo de campo a los diferentes dispositivos sanitarios en Bata se observara que, comparativamente con los hombres, la presencia de las mujeres en las consultas y las salas de espera era mucho mayor:

“La madre, los padres, debería de ser los padres, no lo pone, aunque yo en mi caso, aunque son mayores yo los llevo al médico, le acompaño. Primero controlo su estado, cómo va, por qué duerme, si... aunque ya es mayor, qué te pasa, enseguida ir al médico, vete hacer análisis, aunque los mayores... Esta es nuestra obligación, porque según la forma de ser de ellos ahora no les interesa nada, así les veo” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo medio).

Por tanto, no es de extrañar que dado que tienen una mayor socialización con servicios sanitarios, debido a su rol de cuidadoras de la salud familiar, tengan una mentalidad más enfocada a la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

En contraposición, los varones entrevistados relatan que sus obligaciones y responsabilidades respecto al cuidado de la salud familiar consisten, principalmente, en poder costear económicamente el gasto que conlleva la compra de alimentos, las consultas médicas y los medicamentos:

“No puedo quedarme en casa porque si me quedo en casa, eh..., tengo que arriesgarme para que los hijos coman, y si me quedo ahí en cama, cómo van hacer para comer, debo ir, salir en la calle, nosotros que trabajamos cuando tú sales o puedo tocar ahí, prestar un poco ahí, hacer traer algo para dar a los niños... tengo que darle alimentos, comprimidos, si... si el doctor, si mu mujer va” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“Él da para comprimidos” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En este sentido, los varones entrevistados cuentan que son las mujeres –esposa, madre o hermana–, quienes además de acompañarle al médico o curandero, les proporcionan los cuidados necesarios para su recuperación cuando enferman. Sin embargo, las mujeres cuentan que cuando ellas enferman son ellas mismas sus principales cuidadoras. Tan solo en caso de estar muy graves delegan los cuidados de su enfermedad a un familiar femenino.

“Yo misma voy, yo misma si me ataca la enfermedad, voy asistir a los doctores (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo)”.

5.5. LA VALORACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN GUINEA ECUATORIAL: AVANCES Y DESAFÍOS

El presente apartado se elabora a partir de los resultados obtenidos en la dimensión de análisis “Salud Pública en Guinea”. Esta categoría, a priori, no fue contemplada en los guiones de temas, por lo que constituye una categoría emergente durante el desarrollo de los grupos de discusión. Cabe mencionar que dicha categoría no surge en todos los grupos de discusión. Principalmente, este tema emerge como debate y reflexión en el grupo de participantes con un nivel educativo mayor. No obstante, algunas cuestiones también surgen y son tratadas por otros participantes en los otros grupos de discusión.

La mayoría de los participantes con un perfil educativo mayor perciben que desde hace una década la salud pública en Guinea Ecuatorial ha progresado. Señalan que, en términos generales, la salud poblacional ha mejorado como ejemplifica la disminución real que se ha producido en la mortalidad infantil; si bien en décadas anteriores un niño podía morir a causa de una diarrea; hoy esto no ocurre gracias a la mejora de las infraestructuras; de las carreteras que hacen más accesible los recursos sanitarios:

“Sí, quería hablar. Entonces decía yo que... preguntaba qué pensamos sobre las enfermedades que amenazan, ¿qué vamos a pensar?, ¿qué desarrollen? No. Yo creo que como ha dicho Canuto, cuando ha dicho Canuto, veíamos en los tiempos, echando un vistazo atrás, años atrás, que la gente morían de diarrea, que es fuerte que el gobierno ha puesto su aporte, yo creo que se ha reducido...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Asimismo, otro aspecto de mejora que señalan está en relación con la cobertura asistencial sanitaria y con una mayor accesibilidad. Hecho, que según señalan, se pone de manifiesto con la creación de los Centros de Tratamiento Ambulatorio en Bata:

“No, no. Por ejemplo, el centro Castaño yo creo que antes de 86 no existía Castaño, no, el centro Castaño es de la década de los 90, de Castaño y Almendro, que son los dos centros de salud a nivel de Bata que tenemos, que son expatriadas ¿no?” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

También comentan la mejora producida en la cobertura asistencial en los poblados de Guinea Ecuatorial. Sin embargo, a pesar de ello, a efectos reales y prácticos valoran negativamente los dispositivos sanitarios que existen en los poblados, los puestos de salud. Según explican los puestos de salud

simplemente se limitan a tener un botiquín, pues se carece de servicios y personal sanitario cualificado para atender a la población. Además, dicho botiquín apenas provee de medicamentos para curar a la población:

“Pero, yo no sé, si hay que llamar a estas cuatro paredes y un pequeño tejado, que van colocando en los poblados y con un letrero puesto⁶⁸ estos no son puestos de salud, son botiquines quizá” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

No obstante, existe consenso sobre la mejora que se ha producido en las comunicaciones y en las infraestructuras del país. Mejoras que han supuesto que los poblados tengan más accesibilidad a los recursos sanitarios:

“Yo bien me recuerdo que los años pasados había muchas epidemias en Guinea, en primer lugar no había medios de comunicación, o sea, no habían carreteras, no había coches, no había nada, por día morían muchos niños, es verdad morían, por paludismo no se habla. Entonces, una vez que el gobierno haya potenciando la economía mínimamente, se está registrando en los últimos años que estamos, que la mortalidad infantil se va descendiendo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“No voy a ir lejos, aquí en *Ebediyim* para que un coche saliera de *Ebediyin* a Bata podía pasar todo el día, como ya hay infraestructuras que una persona con un taxi, como había dicho, 300 francos sale de aquí a *Ebediyin*. Además tratan a la gente, han puesto, ¿cómo se dice?... puestos de salud. En centros médicos como van poniendo, sí, esto ha reducido” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, nivel educativo mayor).

Sin embargo, a pesar de este avance, opinan que aún queda mucho por hacer para que Guinea Ecuatorial goce de un buen sistema sanitario. Y, una de las cuestiones sobre las que hacen hincapié es sobre la falta de médicos.

Por otro lado, en cuanto a las epidemias del país, valoran que la magnitud de las epidemias ha disminuido en Guinea Ecuatorial. Por ejemplo, señalan la mejora producida en la epidemia del paludismo. Comentan que, a pesar de que sigue siendo la principal epidemia que azota a la gente joven, en términos de tratamiento ha mejorado, pues la mayor accesibilidad a los medicamentos es hoy en día una realidad. En este sentido, cuentan que actualmente la gravedad de la epidemia del paludismo ha sido sustituida por el

⁶⁸ Empiezan a hablar muchos miembros del grupo de discusión dándole la razón.

sida. Valoran que el sida constituye una de las grandes preocupaciones en la Salud Pública del país. A este respecto, señalan los esfuerzos que el gobierno está realizando en lucha contra el sida, como es el hecho de la prescripción gratuita de medicamentos:

“Es el más causante de las víctimas aquí⁶⁹ hoy en día que sigue conociendo Guinea, no olvidemos tampoco, el famoso que se está haciendo del sida ¿no? Entonces está enfermedad pues también está ahí, que no se sabe que es lo que llega antes, en lo..., en lo..., en el organismo, o el paludismo o el sida, porque además, lo que decía []” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

También hacen hincapié en uno de los principales problemas de salud que la población padece actualmente: problemas de garganta por los cambios de clima. Y, por último, señalan la aparición de nuevas enfermedades en la tercera edad, enfermedades que nunca antes se habían visto en el país, como es el reuma:

“No sé si el reuma u otra cosa... la mayoría... La mayoría de la gente de avanzada edad... ahora adolece de ello” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Aquí últimamente en Guinea, las más fundamentales, a no ser que haya cambios también de clima, porque cuando hay más sequía, por ejemplo, la malaria puede ser provocada por el agua que tomamos, cuando hay más sequía, yo que estoy hablando un poco afónico, la tos... las fundamentales, las fundamentales son el paludismo y el sida” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Un último aspecto que comentan los participantes del grupo está relacionado con la información y el conocimiento que dispone la población guineana sobre la salud. En este sentido, señalan que la población carece de formación e información para prevenir determinadas enfermedades, así como para cuidar la salud. Explican que esto conlleva a una falta de mentalidad y de concienciación que finalmente genera una falta de valor de la protección de la salud. Y ello se manifiesta en las actitudes de las personas frente a la salud. En este sentido, señalan la necesidad de informar y formar a la población para que se produzca un cambio de actitudes:

⁶⁹ Hablan algunos miembros del grupo de discusión a la vez dándole la razón.

“[] entonces si esta información lo tengo yo y no llega a don Esteban, a don Rigoberto, cómo ellos sabrán que para protegerse de la enfermedad hay que limpiar el entorno, hay que evitar echar basura al lado, una de las posibilidades es ella, también doy más, más... recapitulo una vez más, énfasis más en el campo, que estaba hablando don Rigoberto en la educación, porque es así como lo ha dicho él, nuestra sociedad, tú [] carecemos de formación. ¿Qué suelen decir muchos?: “Tú crees que eres el que va a arreglar Guinea, podemos echar basura y quién ha muerto por eso”, es que estamos...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“[] construir esta casa se necesita el fundamento, yo creo que para construir una casa, debes pensar antes por el fundamento, yo creo que si esa casa no tiene, no tiene fundamento yo creo que por nada del mundo que... que tiene material, materialmente esa casa no puede levantarse, yo pienso que cuando se habla de la salud en un país determinado, habría que ver la mentalidad de las personas que hay aquí, a partir de arriba hasta abajo. Si lo de arriba no funciona o aunque funcione, no se ve, los errores de los más pequeños es difícil conseguir un objetivo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Los participantes concluyen valorando la mejora que el gobierno ha realizado en el campo de la salud pública, como el control de determinadas epidemias, el acceso gratuito a determinados medicamentos y la mejora en la infraestructura del país. Sin embargo, comentan que aún queda mucho por hacer, como es el ejemplo de la educación en la población y la accesibilidad y universalización del sistema sanitario.

CAPÍTULO VI. CONSTRUCCIONES SOCIALES ANTE EL VIH

6.1. INTRODUCCIÓN

Asimismo, tal y como se expuso en el segundo capítulo, la perspectiva construccionista (Berger & Luckman, 1967) constituye una de las herramientas sociológicas pertinentes y útiles en el estudio de la salud y la enfermedad, y en concreto para el estudio del VIH. No en vano, en la actualidad, son muchos los estudios sobre el VIH que ha adoptado este enfoque teórico.

En este capítulo, acorde al objetivo específico de la tesis 2.1, se describen y analizan los diferentes significados y construcciones sociales surgidas en torno al fenómeno del VIH en la sociedad guineana ecuatoriana.

Dado que un foco importante del construccionismo social es desvelar y comprender cómo los individuos y los grupos participan en la creación de su percepción social de la realidad, en el primer apartado se analizan las distintas percepciones surgidas en el imaginario colectivo de población guineana sobre el fenómeno del VIH. En el segundo apartado se expone un análisis sobre las percepciones sociales existentes en relación a las personas que viven con VIH. Y, en el tercero, se analizan los diferentes mecanismos de control social que surgen alrededor del virus y de las personas que lo padecen. Entre estos mecanismos se hallan los estereotipos, los prejuicios, la burla, el congosá⁷⁰, el tabú y finalmente la discriminación y el estigma generado en torno a las personas que son portadoras del virus.

En definitiva, se analizan los distintos significados y sentidos que adquieren todas estas construcciones en relación al fenómeno del VIH pues conocer y comprender las distintas percepciones, representaciones y mecanismos de control social es de gran interés para orientar el diseño de estrategias eficaces, efectivas y eficientes de promoción del diagnóstico precoz, en la medida en que dichos constructos pueden y van a interceder en la adquisición de esta práctica preventiva.

⁷⁰ El congosa consiste en decir algo sobre una persona que, generalmente, no son ciertas, con la finalidad de desprestigiarla. A diferencia, el rumor consiste en escuchar y contar algo sobre alguien sin la intención de desprestigiar.

6.2. PERCEPCIONES ANTE EL VIH: “Entre lo nuevo y la mala suerte”

Comprender las percepciones que se construyen alrededor del VIH permite entender cómo las personas relacionan sus formas de pensar con sus formas de actuar ante el fenómeno. La percepción comprende “tanto de la captación de complejas circunstancias ambientales como la cognición de cada uno de los objetos” (Allport, 1974, p.7).

Las percepciones sociales se producen de manera colectiva a través del intercambio de conocimiento en la interacción entre las personas. De tal modo que, es de vital importancia el papel que juega el contexto social y cultural en la construcción de estas percepciones. Tal y como señala Khleimnan (1980), las distintas nociones, percepciones que se tienen sobre la salud y la enfermedad –y en nuestro caso de estudio sobre el VIH–, están integrados y, en consonancia, con los sistemas culturales de los grupos sociales que producen y mantienen dichos sistemas.

Los discursos de las personas entrevistadas ponen de manifiesto la coexistencia de una serie de percepciones sociales sobre el VIH. Dichas percepciones están en coherencia y constituyen los significados que el virus adquiere en el imaginario colectivo de la población guineana ecuatoriana. De tal modo que, el acrónimo VIH, ya no hace referencia exclusivamente a la abreviación de su significado inicial como virus de inmunodeficiencia adquirido, sino que basándose en las distintas percepciones que mantienen las personas entrevistadas, adquiere una variedad de significados contextuales construidos socialmente.

Ahora bien, antes de analizar las distintas percepciones que han sido construidas sobre el VIH, cabe mencionar un primer aspecto muy relevante para comprender, en términos generales, una de las nociones básicas que sustentan los procesos de percepción: la identificación que se produce entre el VIH y sida. De modo que, en los discursos de las personas entrevistadas, apenas se distingue entre ambos términos. Por tanto, las personas entrevistadas no establecen ninguna diferenciación biológica, clínica, ni social entre adquirir el virus de inmunodeficiencia humana y tener el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las enfermedades concomitantes que conlleva. De ahí que la mayoría mencionan ocasionalmente el término VIH cuando se les pregunta por ello. Y, sin embargo, constantemente aluden a la enfermedad del sida en sus discursos, a pesar de que no se les preguntaba por ello sino por el VIH. Por tanto, se pone de manifiesto una percepción sobre el virus basada en la idea del sida. Tanto es así, es decir tanta es la centralidad y el protagonismo que adquiere el sida en la percepción del VIH, que ninguna de las personas seropositivas entrevistadas al preguntarles si padecían de VIH respondieron afirmativamente. Tan solo dan una respuesta afirmativa en términos de padecer sida:

“Entrevistadora: ¿Qué es el VIH? C: Se dice que es sida ¿no?, ¿no es sida? Entrevistadora: ¿Timoteo tú que piensas? T: Yo tengo esa idea porque yo no sé lo que se llama sida, qué enfermedad que se llama sida, si es paludismo no sé lo que quiere decir, yo tengo esa idea, una enfermedad que se llama sida, no sé, no. Entrevistadora: ¿Nicolás? N: Yo también así, no sé que enfermedad se llama sida, solamente entero sida, sida” (Varones, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Porque nosotros no somos animales, dicen también el paludismo es un virus, también el sida también es un virus, yo... nosotros no lo podemos conocer bien que ustedes los médicos, los sanitarios, sería mejor que ustedes vayan, vayan ampliándonos lo que es el sida y cómo podemos protegernos para no contagiar” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

No obstante, cabe mencionar el caso de una persona entrevistada que sí distinguió entre ambos términos a lo largo de su discurso. Y, sin embargo, tal y como él mismo menciona, esto no corresponde con un nivel educativo superior sino con tener una mayor información al respecto:

“No era un tema que me resultara exógeno, yo tenía la información que todo el mundo está teniendo de VIH, familiares que lo tienen [] Pregúntame lo que quieras, yo estoy bien informado” (Varón, seropositivo, 2009, nivel educativo bajo).

Asimismo, este protagonismo que se produce del sida como enfermedad y su asociación con la idea de mortalidad, en detrimento del VIH, también se puso de manifiesto en las observaciones realizadas durante el trabajo de campo en los puestos y centros de salud, donde el contenido de los mensajes y la información publicada en relación a la prevención de la epidemia estaba limitada y reducida a la idea de sida como enfermedad.

Un segundo aspecto a analizar es la existencia de distintas percepciones en torno al VIH en las personas entrevistadas. A este respecto, cabe mencionar que la mayoría de las personas entrevistadas no mantienen una percepción única sobre el VIH en su visión del virus. De tal modo que, pueden coexistir, y coexisten, diferentes percepciones en las definiciones que dan sobre ello. No obstante, en cuanto a la relación entre las distintas percepciones y los distintos perfiles entrevistados o variables socio demográficas no se observan relaciones o tendencias claras al respecto.

Una primera percepción sobre el virus se sustenta, acorde a la percepción dual sobre la enfermedad, en el hecho de que se trata de una “enfermedad de hospitales”. De tal modo que la mayoría de las personas, independientemente del sexo, edad, nivel de formación y del perfil, afirman que el VIH consiste en ser una "enfermedad" de la medicina convencional, y como consecuencia, una “enfermedad de

hospital”. En este sentido, comentan que se trata de una "enfermedad" que tan solo puede ser vista por los aparatos, y no por la magia negra ni por los curanderos/as:

“Yo he preguntado y me han dicho que el sida es una enfermedad de hospitales que la medicina *fang* no puede curar” (Varón, seropositivo, 2009).

“No, no, no los curanderos curan enfermedades no, no, no, los curanderos curan enfermedades tradicional como hechizos, cosas tradicionales también, pero no pueden curar paludismo, no pueden curar sida, no pueden curar otras enfermedades, muchas enfermedades que no pueden cura” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

Una segunda percepción del VIH consiste en ser considerado una "enfermedad" que es nueva. Es decir, una "enfermedad" que se conoce desde hace poco y que antes no existía en el país. El hecho de que sea percibida como una "enfermedad" nueva, de la que apenas se dispone información y de la que apenas se conoce con certeza sobre su origen, ha dado lugar a que sea percibida como una "enfermedad" desconocida. Tanto es así, que algunas personas narran que al principio de oír hablar del sida cuestionaron su existencia. Cabe señalar que dicha percepción está más fuertemente arraigada en las personas entrevistadas que tienen una mayor edad:

“Yo no soy de la Era de Obiang, yo soy de la Era de Ondo Edu, que fue el presidente de la autonomía, mis ojos se abrieron por primera vez en la era de Macías, en esos momentos, nosotras no conocíamos el sida, el sida es una cosa nueva, por lo tanto, nosotras no conocemos esta enfermedad, sois vosotros los médicos los que nos tenéis que decir lo que debemos de hacer” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, persona mayor).

“Tampoco a mí me queda claro pero, yo diría, como siempre hemos dicho, por [] como lo dijo uno [] diciendo: “No, hace tiempo que vivimos aquí, estas enfermedades no habían” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, persona mayor).

Otra percepción que se tiene del VIH, relacionada con la percepción de ser una "enfermedad" nueva y de hospitales, es ser una "enfermedad" de otros. Así, algunas de las personas entrevistadas, sobre todo aquellos participantes que pertenecen al perfil de medicina tradicional, explican que el sida es una "enfermedad" que ha sido importada desde fuera a la cultura guineana ecuatorial. Narran que se trata de una "enfermedad" de Occidente; una "enfermedad" de blancos; y que ha sido traída al país a través de las

visitas de extranjeros a Guinea Ecuatorial, o bien por los guineanos que viajan a Europa y que posteriormente regresan al país:

“Dicen que no, son cosas [] del Occidente y malas. A la gente que han ido ahí, traen estas mentiras que ellos tienen ahí y ellos mismos no lo tienen ahí, porque [] Muchas veces yo suelo quedarme [] bueno, no corto como tal, cuando una persona reflexiona de esta manera, yo no sigo con él porque no me va a entender nunca, porque yo conozco la realidad y él se pone de él, le dejo, también me quedo ahí porque ellos no explican, no explican, tampoco lo entiendo porque ellos no quieren creerlo a pesar de que lo están viendo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

“No, no existía aquí, no, no ¿dónde? Solamente la gente que viene de fuera” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Hay muchos que vienen para beneficiar para beneficio de Guinea, van haciendo ingenieros, doctorados y tales, es una buena, una buena cosa para Guinea, pero hay otros que traen enfermedades. Esto es lo malo que sufrimos ahora []” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En relación a esta visión importada del virus a la sociedad guineana, una persona narra el modo específico en cómo el virus había sido introducido en el país a través de los preservativos.

Ahora bien, esta percepción del VIH como una "enfermedad" de otros, evidencia como los elementos culturales locales sobre la enfermedad interceden en la percepción del riesgo del VIH. Por tanto, se pone de manifiesto que la percepción del riesgo que se tiene ante el VIH es cualitativo, subjetivo y cultural, en la medida en que constituye un valor colectivo construido socialmente (Douglas, 1982; Douglas & Wildavsky, 1996). De tal modo que, su aceptabilidad en un grupo social o comunidad va a estar determinado por los parámetros socialmente y culturalmente aceptados. Lo cual da lugar a que ante el riesgo existente ante el VIH la población guineana no actúe solo por el conocimiento real que se tiene del riesgo, es decir por las probabilidades objetivas de los peligros y las amenazas de adquirir el virus.

Ahora bien, todas estas percepciones, y en especial el hecho de ser una "enfermedad" nueva, desconocida y “de otros”, ha dado lugar a que en ocasiones se perciba que no existe dicha enfermedad. Tal y como señala Peter Piot, exdirector de ONUSIDA, en África es bien sabido la negación que se produce del sida, siendo uno de los principales obstáculos para la prevención y tratamiento (ONUSIDA, 2014). No obstante, cabe mencionar que ninguna de las personas entrevistadas negaron la existencia del VIH o del sida, pero sin embargo sí comentaron que parte de la población guineana, generalmente caracterizada por tener poca formación, aún continúa negando la existencia del VIH y/o sida en el país:

“No olvidemos tampoco, el famoso que se está haciendo del sida ¿no?, que solo los ciegos y los tercos o los escépticos quieren negar su existencia, pero los varones de buen corazón evidentemente se caen en la cuenta que realmente existencia” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Según explica el perfil de participante con mayor nivel de formación, las razones que dan lugar a esta negación son:

- El desconocimiento y la falta de información que la población tiene sobre el virus y sobre el sida dado que se trata de una "enfermedad" nueva.
- La percepción que existe de que se trata de una enfermedad “de los otros”.

De tal modo que, esta negación que se produce del VIH tiene que ver, de nuevo, con la influencia que los elementos culturales locales tienen en la configuración de los sistemas de cognición sobre la salud, la enfermedad así como su percepción del riesgo.

En relación a esta negación, narra el perfil de participantes con un nivel de formación mayor que, con frecuencia, suele ocurrir que pacientes que son diagnosticados de VIH en el Hospital General de Bata cuestionan los resultados positivos de dicho diagnóstico. En muchos casos, estos/as pacientes aluden al hecho de que se trata de una cuestión económica, es decir piensan que la finalidad última de que los profesionales sanitarios les diagnostiquen como seropositivos/as es para ganar dinero con el tratamiento:

“Bueno porque te dicen que si tienen cita en el Hospital es para pagarles y a pagarles el dinero y no sé qué, pues yo no sé como ellos no llegan a creer a pesar de que estamos viendo los efectos negativos de sida, los vemos, muchos se afanan como dice don Rigoberto, se afanan de que no quieren, no quieren creer en la existencia del sida, y dicen que los médicos se lo han dicho para el dinero” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Este hecho a su vez pone de manifiesto la falta de confianza que la población guineana tiene respecto a los profesionales sanitarios. Ahora bien, dicha falta de confianza no está basada en un cuestionamiento de sus capacidades técnicas sino en el estatus social y en los privilegios que goza este grupo social.

Otra percepción sobre el VIH, muy extendida en la población entrevistada, se basa en el hecho de ser una "enfermedad" que se transmite por vía sexual, es decir englobada dentro de las enfermedades o infecciones consideradas de transmisión sexual. No obstante, cabe matizar que dicha asociación entre VIH y enfermedades o infecciones de transmisión sexual está mucho más presente en las mujeres que en los varones entrevistados:

“Las cosas que me preocupan es las enfermedades como sida, sífilis, bueno las enfermedades de..., que están ahora, son esas enfermedades que me preocupan”(Mujer, seropositiva, 2004).

“Nosotros sabemos es que nos enseñan es que el sida es una enfermedad de transmisión sexual, como ella dice así, como las curanderas también conocen, nosotros no podemos decir nada” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

A partir de esta percepción del VIH como "enfermedad sexual", se establece otra percepción basada en ser una "enfermedad" consecuencia de abusar del sexo. De tal modo que, pasa a ser para el imaginario colectivo de la población guineana una "enfermedad" cargada de connotaciones morales, en función de lo que socialmente es prescriptivo y normativo en relación a las relaciones sexuales en la religión judeo-cristiana. Dichas connotaciones morales, que serán analizadas posteriormente, constituyen uno de los ingredientes fundamentales que dan lugar a configurar procesos de estigmatización en las personas que padecen el virus en la sociedad guineana ecuatoriana. La literatura científica sobre este campo pone de manifiesto que dicho aspecto normativo, además de moralista, en relación a la sexualidad, ha sido también el caldo de cultivo en la gestación de procesos estigmatizadores en otras sociedades, como las occidentales. Por ejemplo, tal ha sido el caso del colectivo homosexual europeo y americano fuertemente estigmatizado por la asociación realizada entre tener VIH y llevar una vida sexual promiscua.

Por tanto, en relación a lo anterior, no es extraño que las personas entrevistadas suelen identificar el tener VIH y/o sida con haber llevado una vida sexual promiscua. De ahí que muchas mujeres juzguen moralmente la enfermedad del “sida”, resaltando que consiste en “una enfermedad que no está bien”. Dicha percepción predomina más en las mujeres que en los varones:

“Bueno, lo que puedo opinar acerca del VIH/sida es que es una enfermedad eh... causada en ambiente de abuso sexual, abuso sexual, y según eh... según la vida actual, es desorden, desorden en la vida” (Varón, seropositivo, 2004).

“Es una enfermedad que no.... no está bien, no porque abuso sexual no está bien” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

Otra percepción sobre el VIH que comparte la mayoría de las personas entrevistadas es el hecho de ser una "enfermedad" contagiosa. Al igual que ha ocurrido con otras enfermedades víricas o bacterianas como la tuberculosis, la lepra, la peste, etc., tal y como muestra la historia de la epidemiología, esta percepción contribuye a generar desconfianza y miedo alrededor del virus:

“Entonces, sabemos que es una enfermedad muy peligrosa, y muy contagiosa a nivel mundial, porque está en el mundo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Si está tocando esta comida con la mano, no voy, no voy a ir a compartir con ella y a mí me viene uno tiene vaso, sí lavamos los vasos” (Mujer, diagnosticada, abandono, nivel educativo medio).

No obstante, cabe mencionar que espontáneamente surge el debate sobre quién contagia más el virus y/o el sida si el hombre o la mujer. A este respecto, en los discursos hay unanimidad en afirmar que es el hombre quien contagia más, y específicamente a las mujeres:

“Vas contaminando, contaminando, contaminando hasta, hasta tu tiempo, con tu tiempo, ya no queda mucho tiempo. Él va contaminando a las mujeres, de las mujeres, las chicas lo transmiten a sus amigos...” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

Sin embargo, a pesar de ello, las personas entrevistadas perciben que son las mujeres quienes padecen más VIH y/o sida. Dicha percepción está acorde a los datos epidemiológicos de Guinea Ecuatorial que advierten sobre la mayor prevalencia en mujeres que en los hombres en el país. Las personas entrevistadas explican que ello se debe a una mayor promiscuidad de los hombres guineanos, así como a su resistencia a utilizar el preservativo con sus cónyuges:

“Sí, porque si miramos las estadísticas, si miramos las estadísticas de contagio de... sida, las mujeres superan porque están por encima de los hombres, y si nos metemos en el aspecto tradicional de un barrio donde vivo, allá a cincuenta metros, hay una curandera famosa, a veces cuando paso, en su casa, lleva 67 mujeres enferma y dos hombres, fijaros” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Paradójicamente, la mayoría de las mujeres coinciden en señalar que, sin embargo, la sociedad guineana las culpabiliza a ellas, a las mujeres, a las esposas, a las amiguitas, cuando se descubre que el cónyuge es seropositivo:

“Mujeres, muchas veces cuando tú ya tienes a tu marido no vuelves a conocer a otro hombre. Pero los hombres son los que andan en la calle, si contraen el VIH y te lo trae tú no puedes saber de dónde te lo ha traído, pero lo que suele pasar es que cuando el VIH aparece en el marido, suelen decir que es la mujer la que ha ido a cometer el adulterio” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Una octava percepción, también predominante en la mayoría de las personas entrevistadas, a excepción de los varones con un nivel de formación mayor, está basada en la idea de mortalidad de la "enfermedad". Narran que dicha "enfermedad" consiste en ser una "enfermedad" muy peligrosa; que no tiene cura; y que inevitablemente conduce a la muerte:

“Sí, sabía que era una enfermedad muy peligrosa, mala, que en cualquier caso, bueno, yo, yo sabía de esta enfermedad no tiene futuro, bueno según lo que yo pensábamos, que al ver de qué, eh... yo estaba infectada para que sirvo vivir más, por eso quise morirme, antes de que...” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Eh... me gustaría, me gustaría mucho, y el por qué, el por qué... bueno, si alguien tiene una enfermedad ni peligro, ni grave, eh... yo no quiero que usted...que... tú coge esa enfermedad. Dios no, no permite esto... [” (Mujer, seropositiva, abandono).

En relación a esta percepción mortalidad, explican los participantes con un nivel de formación mayor, y algunas personas entrevistadas, que la población guineana cree que “la muerte le cae de manera repentina” cuando una persona queda infectada por el VIH:

“Como si va a ser ya, digamos una muerte repentina” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“No es igual, cómo va a ser igual, te cae la muerte” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

No obstante, a este respecto, cabe resaltar el hecho de que algunas de las mujeres entrevistadas cuestionan que dicha creencia de mortalidad sea cierta, pues afirman conocer a personas que llevan tiempo viviendo con el sida, e incluso están trabajando y llevando dinero a sus hogares.

Ahora bien, según señalan los entrevistados con un perfil de formación mayor, esta asociación que se produce entre el virus y la muerte, ha generado mucha alarma social y dramatismo en torno al VIH en la sociedad guineana. Según explican, ello ha dado lugar a que en Guinea no se haya normalizado la "enfermedad" tal y como ocurre en otros países de Europa. Y, en gran medida, ello es debido al contenido de las campañas:

“Sí, yo creo también lo que... lo que más ha... ha gastado para la sociedad nuestra en repugnar a esta enfermedad es porque se lo han dramatizado bastante, o sea yo estoy seguro que no es la misma concepción que puede tener del sida un occidental, un americano que un africano, al africano parece que le han informado que el sida es la enfermedad que quien lo lleva ya, ya está propenso a la muerte” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Comentan que dicha anormalidad es reforzada por el hecho de que el VIH, a diferencia de otras “enfermedades de hospitales” como el paludismo, que desaparecen con fármacos o medicamentos, no se elimina del cuerpo, no tiene cura; lo cual acentúa al mismo tiempo la percepción de "enfermedad" rara. Hecho que se puso de manifiesto también en el discurso de algunas de las personas entrevistadas:

“Que no se cura. A partir de ahí no puede ser lo mismo que el paludismo, porque el paludismo parece ser que se cura []” (Varón, seropositivo, 2009)”.

“La enfermedad que más me preocupa a mí, si yo llegara a tenerla, es esta enfermedad que hay ahora que se llama sida, porque no tiene curación. Yo puedo enfermarme de cualquier otra enfermedad, todas las demás enfermedades tienen curación” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Otra de las percepciones que se producen alrededor del VIH es el ser una "enfermedad" de mala suerte. Dicha percepción predomina más en el perfil de personas que practican la medicina tradicional, aunque también se manifiesta en otros perfiles de participantes. De tal modo que, según narran, es una "enfermedad" que depende del destino, en concreto de la mala suerte que depare el mismo. Y, en este sentido, nadie la desea; nadie va a comprarla; la "enfermedad" le cae a la persona:

“Es la mala suerte, yo no sé de dónde me ha venido eso. Yo, sinceramente, tampoco estoy confirmado que tengo el VIH y sida, ¿me entiendes? Hablándote sinceramente, no estoy conforme con los análisis estos” (Varón, seropositivo, abandono).

“En principio mal. Luego he ido recapacitando, es el destino. Tú no compras la enfermedad, cuando te llega, hay que asumirla tal y como te llega. Todos queremos morir, o sea todos queremos ir al cielo pero nadie quiere morir, si me ha tocado morir...” (Varón, seropositivo, 2009).

Esta percepción de "enfermedad" de mala suerte está fundamentada en distintos motivos:

1. Por la posibilidad, y por tanto probabilidad, que existe de poder ser contagiado –o no– a través de las relaciones sexuales, en la medida en que puede o no ocurrir:

“Tal vez sí o tal vez no, porque quizá hubo descuido en tener relaciones, bueno, puede no ser por relaciones sexuales, porque puede ser por manicura o por otras vías, porque no podemos decir que por transmisión sexual, quizá no está ahí, y eso decimos que no se compra, pero cuando te llega hay que asumirlo” (Varón, seropositivo, 2004).

2. Por la posibilidad, y por tanto probabilidad, de que una persona puede ser contagiada del virus por la existencia de vías de transmisión que no dependen de la persona, como las cuchillas de la pedicura o de las peluquerías:

“Es una enfermedad de mala suerte, puedes dejar de coger, contagiarte de VIH y sida por relaciones sexuales, por un capricho vas hacer la manicura, no sabes la... la que se hace la manicura allá, que si uno infectado de VIH y sida acaba de hacer la manicura y te lo vuelven a hacer la manicura, tú coges el VIH y sida, es mala suerte. No es que te has ido a la calle buscando chicas, chicos lo puedas infectar” (Mujer, seropositiva, abandono).

“De mala suerte, de mala suerte te puede ocurrir si tú vas en la, de que aunque en la peluquería corte uno, si tienes mujer si esa mujer, aunque tú puedes prevenir, pero si esa mujer” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

3. Por la visión de azar que se mantiene respecto a las enfermedades, en general derivada del animismo.

“[] Pienso porque vale, de vez en cuando digo que por qué precisamente a mí me miraron que cogiera esa enfermedad... eso, a veces lo pienso ”(Mujer, seropositiva, abandono).

Y, por último, cabe señalar que algunos de los participantes con un nivel de formación mayor sí perciben el VIH como una "enfermedad" crónica. Estos participantes comentan que, gracias a los avances médicos, en concreto a los antirretrovirales, el virus hoy en día ya no es una "enfermedad" mortal, sino crónica:

“Con tantos avances se estaba hablando de que, se estaban tomando antirretroviral, con lo que ya no es mortal, y costaban 8.000 francos por cada mes, bueno eso son informaciones de la televisión, y llegaron informaciones de que ya no se pagan 8.000 francos, ahora es gratuito” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Según explican los entrevistados, además de los avances médicos, el VIH ha pasado a ser una "enfermedad" crónica gracias también a las mejoras y logros alcanzados en el país respecto a una mayor accesibilidad en el tratamiento, en tanto en cuanto ello ha sido posible gracias a la dispensación gubernamental gratuita de los antirretrovirales. No obstante, a este respecto, cabe mencionar, tras las observaciones y análisis realizado durante el trabajo etnográfico, que en general la accesibilidad a los medicamentos, debido a la escasez y el coste económico, continúa siendo uno de los principales problemas de desigualdades sociales en salud del país, y por tanto de salud pública y para la salud de la población guineana ecuatoriana. De tal modo que, a pesar de que desde el año 2003 se proporciona los antirretrovirales gratuitos, los problemas de financiamiento público así como las dificultades en el abastecimiento dan lugar a que se produzcan problemas de stock poniendo en entredicho la accesibilidad del tratamiento:

“Virus, que yo pensaba que a la vez podamos empezar a dar los antirretrovirales o queremos que los enfermos o los portadores caen, o cuando ya se va a caer es cuando le vienen a dar el tratamiento ¿qué pasa con esto? o falta de que no hay montón de medicamentos, ¿qué pasa?” (Varón, seropositivo, 2009).

Sin embargo, a pesar de la introducción de los profilácticos y antirretrovirales en el tratamiento, dada la situación socioeconómica del país, los niveles alcanzados en la calidad de vida de los pacientes no

son comparables con los niveles alcanzados en países desarrollados. Por ejemplo, mientras que en España la última tendencia es prescribirlos, independientemente de la carga viral que se tenga, pues reporta beneficios en cuanto a la prevención del sida, en Guinea se hace a partir de un CD4⁷¹ menor de un valor de 200 por la escasez de medicamentos.

Por otro lado, el perfil de participante con un nivel de formación mayor, y algunas personas entrevistadas, analiza que las distintas percepciones que existen en la población guineana ecuatoriana sobre el VIH depende del nivel educativo que esta tenga. Por ejemplo, a mayor nivel educativo menor percepción de "enfermedad" mortal; mayor normalización de la "enfermedad"; mayor aceptación del diagnóstico:

“La población menos culta sigue considerándola una enfermedad mortal, aunque es mortal también, pero los que están informados lo consideran una enfermedad crónica si estás bajo tratamiento” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Para informar a la persona que esta persona tiene enfermedad [] [] acá... es, es, es grupo [] [] si es grupo y tiene una educación por lo aceptaron [] pero cuando, un grupo de... de a gente sabe que esta persona tiene un virus, un sida no parece acá [] []” (Varón, seropositivo, 2004).

En síntesis, las diferentes percepciones existentes, el ser una "enfermedad" nueva, desconocida, mortal, que no se elimina del cuerpo con medicamentos a pesar de ser una “enfermedad de hospital”, sin cura, ha dado lugar a que se perciba como una "enfermedad" rara. En relación a esta percepción de rareza adquiere cualidades de "enfermedad" extraña, con rasgos particulares que la hacen diferente, ajena y peligrosa; una "enfermedad" amenazadora para la sociedad, y –lo que es peor– contagiosa. Tal y como narra una persona entrevistada, es una "enfermedad" diferente a otras enfermedades pues afecta a la estima de las personas:

“La suerte tampoco puede ser mala cuando la cosa te afecta el estima”(Varón, seropositivo, 2009).

Todas estas percepciones que se han descrito va a ser determinantes en la forma en que las personas en Guinea Ecuatorial viven y experimentan el VIH, tal y como será descrito en el capítulo octavo.

71 Son un subgrupo de linfocitos que tienen un papel muy importante en establecer y maximizar las capacidades del sistema inmunitario.

6.3. LAS PERCEPCIONES DE LOS “OTROS”: “Entre la flaqueza y el abuso sexual”

Durante el trabajo etnográfico no solo se indagó sobre las percepciones respecto al VIH, sino también sobre las percepciones que se producen cuando el virus está en el cuerpo de las personas, es decir sobre las personas que viven con VIH. Dicho aspecto fue explorado de forma indirecta, pues la investigación ha puesto de manifiesto que una de las estrategias metodológicas más eficaces para controlar la «deseabilidad social» del discurso es preguntar, sobre aquellos aspectos que no son políticamente correctos o que pueden comprometer, con preguntas de opinión indirecta. De modo que, para el caso de las personas entrevistadas que no tenían el virus en el momento de realizar la entrevista o los grupos de discusión, se les preguntó sobre cómo los “otros”, es decir la sociedad, percibe a las personas que viven con VIH. Y, para el caso de las personas que viven con VIH, se hizo a través de lo que ellos/as pensaban que las personas y la sociedad guineana opinaban sobre el hecho de que tuvieran el virus.

Un primer aspecto a señalar, en cuanto a las percepciones que se generan alrededor de las personas que viven con VIH, es la paradoja que se produce. Si bien se percibe que el hombre es el principal transmisor del contagio por su promiscuidad, sin embargo se le atribuye una mayor culpa a la mujer frente al hombre con VIH en la sociedad guineana:

“No puedes utilizar el condón con tu marido, pero lo que suele ocurrir es que cuando a una mujer se le identifica de sida te acusan a ti que tú eres el que ha traído el VIH, lo que deben hacer es que cuando el VIH ha salido o en el marido o en la mujer o llaman a los dos, y no acusar a la mujer” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Porque a través de las relaciones sexuales los hombres van andando por ahí, por allá, por allá, por allá... dan a la mujer que está en casa lo trae, porque ocultan a sus mujeres. Sinceramente, no creo que nosotros actuemos en base m... de las tendencias religiosas donde nos prohíben actuar mal. Entonces la mejor es ser sincero, decir que mira... mi situación, lo que yo hago ahora con todas las que más o menos he tenido relaciones ahí” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, poblado, nivel educativo medio).

Durante el trabajo de campo, se observó como dicha culpa quedaba materializada en la cultura guineana en uno de los pocos espacios que existe en el país como vitrina para expresar y exhibir diferentes aspectos de la cultura. En el Centro Cultural de Bata, el único centro existente con la misión de promocionar la cultura, puede observarse la exposición de un lienzo, creado por uno de los pintores guineanos más prestigiosos, que ilustra un cuerpo de hombre y de mujer desnudos; el cuerpo de la mujer

ha sido dibujado con el virus y transmitiéndoselo al hombre.

Ahora bien, los discursos de las personas evidencian algunas de las razones de por qué se considera que la mujer tiene una mayor responsabilidad en la transmisión del virus. A este respecto, una de las mujeres entrevistadas que vive con VIH, narra que cualquier atributo o cualidad que la haga diferente, como el tener una piel más clara, tener un nivel de formación mayor, etc., sirve de justificación para responsabilizar a la mujer de tener el virus y de que su cónyuge también lo tenga:

“¿Mmm?, ¿qué es lo que pienso? La gente piensa de que a lo mejor se lo he buscado, sí porque así pensamos nosotros, sí que se lo he bus... que lo he buscado. Mnnnn... no sé, si por ser clara, porque así suele decir mucha gente (<>). Entrevistadora: ¿por ser qué? C: Por ser clara... mmm... por ser, por mi color, por ser una chica delicada, un poco fina, no sé qué. Por eso me... no no me gustaría” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo mayor).

Asimismo, las mujeres que dicen no tener el virus en el momento de realizar las entrevistas señalan que también serían culpadas en el caso de que en un futuro su cónyuge adquiriera el virus.

En contraposición, ninguno de los varones que fueron entrevistados comentó que hubieran sido culpados por tener o transmitir el virus por el hecho de ser hombres. No obstante, sí se pone de manifiesto en algunos discursos, la responsabilidad y culpabilidad que tienen los hombres guineanos con altos recursos económicos en la transmisión del virus a las mujeres jóvenes. Según cuentan, debido a la posición social de poder por la riqueza económica que gozan estos hombres, abusan de la situación de vulnerabilidad que atraviesan estas mujeres jóvenes ante la falta de recursos económicos y la pobreza en la que viven. Circunstancias que les imposibilita poder negociar como amantes unas relaciones seguras con protección, dado que necesitan de la ayuda económica que estos hombres les proporciona para poder subsistir y sobrevivir:

“Unos tienen setenta años, tal y dinero vienen a casa buscan a mi hija y se la llevan, ¿qué voy a decir? Pero cuando yo ahora, si yo salgo ahora para ver una chica. Ella me dice no... tú eres mayor pero yo no tengo dinero, pero si tienes dinero me la llevo, pero ella no sabe que yo tengo esto, no, no es así. Me ha dicho que una persona, una persona se le da doscientos mil y yo tengo sida ¿Qué, qué va hacer? Contamina, se contamina y ella se va y se queda con doscientos mil y se queda enferma. Sí, ella a mi esta chica... Pero esa, esa, esa misma postura aún sigue, y tienes dinero, cuando mi hija quiere comer qué va a hacer (<>) ¿va a poner...? ¿Qué hago yo? No tengo dinero, no le puedo decir que no ¿a qué sí?” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Cuántas personas ustedes... habéis tenido salvación, a pesar, a pesar de que un mayor, un ministro viene en casa y lo tiene, se lo da a mi hija ¿Eso está bien?” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

En segundo lugar, las personas entrevistadas, señalan que en términos generales las personas que viven con VIH no son bien vistas socialmente. Explican que ello ha sido consecuencia de padecer una "enfermedad"; una "enfermedad" con connotaciones negativas producto de abusar sexualmente; contagiosa; nueva y rara; y mortal. A este respecto, según comentan las personas entrevistadas, uno de los aspectos que más determina la percepción social de las personas que viven con VIH depende del carácter moral de la población, en la medida en que ello va a condicionar la interpretación que se realiza de tener la "enfermedad", como es el hecho de ser, entre otras razones, un castigo divino por abusar del sexo:

“Depende del carácter moral de las personas, otros tienen un moral [] [] baja otros tienen un motivación porque creen en Dios, depende del carácter [][][]” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Depende de la moral de cada uno te afecta, porque es un castigo de Dios... mmm, de Dios, poco casi la copopulación de hacer, uno... uno acepta la ley de Dios, es una respuesta espiritual...” (Varón, seropositivo, 2004).

Las personas entrevistadas comentan algunas de las reacciones que pueden darse cuando se da a conocer que una persona es seropositiva. El retiro del saludo, el retiro de estrecharle la mano, dejar de hablarle, de compartir los platos, etc.:

“Porque aquí en Guinea cuando tú lo cuentas a tus compañeras o a un familiar ya no cuentan contigo, ni se acercan a ti ¿Siii? ¿Por qué? Ni puede comer contigo, ni puede acercarse, así es. Hay que ir eliminando” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Ya no.. no... no.... ya no, ya no se puede las cosas comunitarias, no, no los platos, ya no tienes que acercarte, es porque la gente te mira mal, no sé”(Mujer, seropositiva, abandono).

Así, ante la hipotética posibilidad de poder padecer VIH, las personas entrevistadas comentan que no harían público su estatus seropositivo en su entorno social y familiar. De ahí que la mayoría de las

personas entrevistadas que viven con VIH cuentan que solo han compartido el resultado del diagnóstico con sus familiares más cercanos:

“Bueno, es porque a cada uno, no sabes cómo lo va, lo va a interpretar, o simplemente andando, saludando, bueno aquel que me va a coger, me va a coger, pero no lo diré a todos, a todos mis amigos, lo diré a los de confianza mía” (Varón, seropositivo, abandono).

“No solo con mis familiares, no, no, bueno yo puedo decir, bueno yo estoy pensando que ahora puedo decir, pero mi mujer sí conoce que yo tengo sida” (Varón, seropositivo, 2009).

En cuanto al rechazo social que existe en la sociedad guineana respecto a las personas que viven con VIH, las personas entrevistadas con un nivel educativo mayor explican que las percepciones, opiniones y reacciones que la población tiene frente a las personas con VIH van a depender mucho del nivel educativo que se tenga: cuanto mayor es el nivel educativo de la persona menor será el rechazo ejercido sobre las personas seropositivas.

En definitiva, los discursos de las personas entrevistadas evidencian la existencia de constructos sociales que son empleados como mecanismos de control social respecto al VIH. De ahí que algunos mecanismos de control social cristalicen en formas de rechazo y discriminación hacia las personas por tener el virus. A continuación se analizan dichas formas de control social.

6.4. MECANISMOS SOCIALES DE CONTROL SOCIAL: “Entre las risas, el silencio y el miedo”

Todas las sociedades desarrollan y establecen mecanismos de «control social» para garantizar el «orden social» y reestablecer las desviaciones hacia los valores y las normas socialmente aceptadas, es decir hacia la moral social (Ross, 1926). El control social puede ser definido como el conjunto de prácticas, actitudes y valores destinados a mantener el orden establecido en las sociedades (Jary, 1991).

Goffman (1963) señalaba que, entre los distintos tipos de control social, los hospitales eran instituciones que aseguraban el restablecimiento del orden frente aquellas personas que por determinadas enfermedades no podían valerse por sí misma, no eran autónomas, y representaban una posible amenaza para la sociedad. Entre estas, las «instituciones totales» (Goffman, 1963), tales como psiquiátricos, cárceles, leprosarios, señalaba los hospitales de infecciosos como instituciones con una función de control social.

En relación a los objetivos de este trabajo, se pone de manifiesto en los discursos de las personas entrevistadas que la sociedad guineana también establece una serie de mecanismos de control social en relación al VIH y a las personas que lo padecen para restablecer la normalidad frente a las amenazas que supone para el orden social el fenómeno del VIH. Dichos mecanismos se exponen a continuación:

6.4.1. ESTEREOTIPOS, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Según la RAE, los estereotipos son una imagen o una idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. En cuanto a la aproximación teórica de dicho concepto, existe una gran variedad de posturas teóricas al respecto. Ashmore y Bocca (1981) señalan que se hay consenso a la hora de afirmar que los estereotipos son constructos cognitivos, y que no solo y siempre hacen referencia a los atributos personales de un grupo social.

Además de este elemento cognitivo, también han sido señalados los componentes afectivos y conductuales de los estereotipos. De ahí que algunos autores expliquen la relación que se produce entre estereotipos, prejuicios y discriminación. Brigham (1971) hace hincapié en analizar que además de la caracterización cognitiva del estereotipo como parte de las actitudes prejuiciosas, el estereotipo también tiene la funcionalidad de racionalizar la hostilidad que siente la persona prejuiciosa hacia ciertos exogrupos. En relación a esto último Vinacke (1949) afirma que los estereotipos son la expresión y la racionalización de un prejuicio, aunque también pueden no expresar un prejuicio.

Ahora bien, en la medida en que los estereotipos pueden ser negativos, es decir pueden representar una imagen negativa del grupo minoritario basado en prejuicios, son considerados también como un mecanismo de control social. En este sentido, Campbell (1960) analiza que a través de estos estereotipos negativos se visualiza el conflicto de intereses y las amenazas del exogrupo al grupo mayoritario.

En relación con lo anterior, los discursos de las personas entrevistadas ponen de manifiesto la existencia de una serie de estereotipos en el imaginario colectivo de la población guineana, en relación a las personas que padecen de VIH. Dichos estereotipos, finalmente adquieren la funcionalidad de indicar y alertar, y por consiguiente señalar, a la comunidad que las personas que reúnen las características que definen a estos estereotipos son seropositivas. Y en la medida en que dichos estereotipos alertan sobre ello, la confidencialidad y el anonimato del estatus seropositivo de estas personas es desvelado a la sociedad, pasando a ser por tanto de dominio público y transmitiéndose de boca en boca con el congosá. Por tanto, debido a que la enfermedad es entendida como una desviación social, dichos estereotipos advierten de la disfuncionalidad social de estas personas como enfermos; con el agravante además de padecer una "enfermedad" rara como es el VIH, merecida según sea la moral de los ojos que miran a las personas que

viven con VIH. De modo que, estos estereotipos contruidos alrededor de las personas con VIH cumplen una función de control social.

A este respecto, un primer estereotipo que cristaliza en los discursos de las personas entrevistadas, se basa en la delgadez corporal que tienen de las personas seropositivas. Cabe recordar, tal y como se analizó en el quinto capítulo, que la asociación que se produce entre la imagen corporal de delgadez y la enfermedad, está también presente en los códigos que definen el sistema cultural que se mantiene en esta sociedad sobre el VIH (Douglas, 1979).

En este sentido, según narran las personas entrevistadas, una de las características físicas que definen y comparten las personas que viven con VIH es su delgadez extrema. Ahora bien, en relación a cómo se ha configurado dicho estereotipo, cabe mencionar el papel esencial que ha jugado en ello la disposición espacial de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas. El hecho de ser un espacio abierto, orientado hacia la entrada del hospital, con fácil visibilidad desde otras áreas del hospital, y desde la calle pública, ha ejercido un “efecto de escaparate” de los pacientes hospitalizados en dicha unidad. Estos pacientes, generalmente suelen estar en estadios avanzados de sida. De modo que la delgadez extrema que padecen estas personas, como resultado del deterioro de la salud que presentan por los estadios avanzados del sida, ha sido asociado y extrapolado a todas las personas que son seropositivas. Este hecho no solo se evidencia a través de los discursos sino también en las observaciones realizadas durante el trabajo etnográfico:

“[] bueno... a veces, veo, veo como la gente sufre el número 6⁷², cuando estuve en el número 9, veo como la gente sufre ahí” (Varón, seropositivo, 2004).

Por tanto, la mayoría de las personas entrevistadas piensan que todas las personas que padecen VIH, es decir de “sida”, deben de estar muy delgadas, llegando incluso a tener bajo peso. Dicho estereotipo es compartido por los distintos perfiles poblacionales:

“Dicen que cuando una persona ha quedado como ella está, flaca, dicen que tiene sida⁷³” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

72 El número seis o número nueve se refiere donde se ubica la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas en el hospital, y en relación al VIH, es lugar donde están hospitalizados los enfermos de sida en la fase aguda.

73 Empiezan hablar en fang entre ellas en el grupo de discusión.

“Sospechamos que su marido estaba infectado, entonces su marido se fue de España, dejó a su señora sin decirle nada, entonces se fue a curarse allí, pero siempre está dando viajes a España para hacer revisiones, después de un rato, mi hermana está []. Y su marido, si ustedes le ven ahora, es como don Jesús, si le digan, si le dicen que este señor es seropositivo, nadie le puede creer, yo le he hablado, le hablo que estamos buscando una solución []” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, ciudad).

Ahora bien, en las personas entrevistadas que viven con VIH, la existencia de este estereotipo ha tenido efectos diferentes. Por ejemplo, en algunos casos, concretamente cuando la persona diagnosticada positivamente de VIH no está delgada –es decir no cumple con el estereotipo–, ha dado lugar a que se cuestione la veracidad del diagnóstico:

“Me dicen que tengo sida pero yo no sé... no sé esto que tengo porque yo no tengo dolor, me siento bien, no estoy flaquita, yo no sé si es verdad o que sé yo, no sé si mienten” (Mujer, seropositiva, 2009).

En otros casos, es la propia sociedad quien pone en entredicho dicho diagnóstico. Tal es el ejemplo que narra una de las mujeres entrevistadas sobre cómo los hombres se manifiestan incrédulos cuando ella les informa de que es seropositiva con la finalidad de tomar medidas de protección en las relaciones sexuales. Cuenta que la razón en la que se basan los hombres para no creerle consiste en el hecho de no estar delgada, es decir, porque “tiene carne”:

“Le digo a todos... hay algunos que dicen que miento, otros se... Entrevistadora: ¿por qué te dicen que mientes? C: No sé por qué, porque me ven con muchas carne, no sé...” (Mujer, seropositiva, abandono).

Por tanto, la “flaqueza” de las personas visibiliza y desvela a la sociedad que una persona está enferma de VIH, y por tanto estigmatiza al tratarse de una enfermedad de abuso sexual. En este sentido, narran que cuando una persona está muy flaquita, la gente empieza a rumorear que tiene sida. De ahí que una de las personas entrevistadas que viven con VIH cuente que una de sus mayores preocupaciones desde que le diagnosticaron el VIH sea recuperar su peso, “no estar flaca”, para que la gente no note que ella está enferma de VIH:

“Pero aún, sin análisis ni otra cosa lo que más, más la gente apunta es sida cuando te quedas más flaquita”
(Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo medio).

“Estoy procurando para estarlo siempre, para no, para no preocuparme para que no sea tan flaca, para que la gente no se note de que estoy infectada, eh!” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

Un segundo estereotipo que aparece en los discursos, aunque con menor frecuencia, es la asociación entre las manchas en la piel (es decir las manifestaciones clínicas cutáneas del Sarcoma de Kaposi) y tener VIH. Al igual que con el anterior estereotipo, también ha sido determinante en su configuración la visibilidad social que los/as pacientes hospitalizados con estadios avanzados del sida han tenido en la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas:

“Bueno, yo no lo comenté a ninguna de ellas, pero yo creo que solo porque me ven que voy allá... Yo no tuve ninguna mancha en el cuerpo y ya dejé de... yo además, además aquí, aquí en Guinea ahora si ven a uno cambiar puede ser de otra enfermedad, solo van a pensar de VIH” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Sida, sida es cuando la enfermedad aparece en su piel, eh... virus casi... ¿cómo se dice? eh... virus es un instrumento, un síntoma, son síntomas” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Los discursos de las personas entrevistadas ponen de manifiesto otra forma de control social, el estigma social en torno a las personas que viven con VIH. Gran parte de este estigma social tiene su razón de ser en la idea de que tener VIH es consecuencia del abuso sexual cometido por las personas. Y ello es consecuencia, tal y como se ha expuesto anteriormente, de la socialización que se produce de la religión judeo-cristiana durante la colonización española donde se inculca una moral sexual en la que la sexualidad debe ser entendida solo en el contexto de la reproducción humana dentro del matrimonio. Por tanto, la sociedad juzga moralmente a las personas con VIH por haber abusado sexualmente. De tal modo que las personas que tienen VIH son percibidas como “sucias”, “oscuras” y “pecaminosas”. De ahí que Dios les haya castigado con la muerte que conlleva la “enfermedad”. Así, la mortalidad que conlleva el VIH es percibida como un castigo divino por el abuso sexual cometido:

“Casi no, no [] [] un castigo de Dios, no es como una enfermedad mal de cabeza o de piel o de mano, no sé, no, es una enfermedad de castigo [] [] es una enfermedad muy grave” (Varón, seropositivo, 2009).

“Si me dicen que tengo VIH, he dicho al principio no podré asustarme por la vida que estoy llevando. Después de terminar con mi esposa me fui a la calle y de ahí trae el virus del VIH, pos me fui. Lo tengo, pues ahí está. Si es para vivir, ya viviré como los demás están viviendo. Si es para morir, moriré como los demás están muriendo. Espero cualquier situación. No me asusto” (Varón, seropositivo, abandono).

Algunas de las personas entrevistadas que viven con VIH relatan la vergüenza social que sienten por tener VIH. En este sentido, algunos participantes señalan y perciben que el estigma social que existe constituye una de las razones por las cuales las personas no quieren acudir al hospital para ser tratadas:

“[] pensé que todo el mundo lo sabía, no quise salir, creía que todo el mundo lo sa, lo sabía, lo conoce que estaba infectada” (Mujer, seropositiva, abandono).

De ahí que, frente a la vergüenza generalizada que se produce en las personas entrevistadas ante el acontecimiento de padecer o poder padecer el virus, una de las personas entrevistadas reafirma su decisión, de acudir al hospital, en el caso de tener un diagnóstico positivo, expresando explícitamente que iría sin sentir vergüenza:

“[] y iría directamente al hospital, seguir el tratamiento y así, porque a mí no me quedaría ofendido que divulgan que yo lo llevo []” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Por otro lado, las personas entrevistadas señalan que hay discriminación hacia las personas que viven con VIH. Sin embargo, la mayoría de las personas seropositivas entrevistadas afirman que ellos/as no han sufrido discriminación directamente, aunque afirman que sí existe. Quizá una de las razones de por qué las personas seropositivas dicen no haber sufrido discriminación, a pesar de que señalan que sí existe, sea consecuencia de que al ocultar el diagnóstico en su entorno social y familiar, por el miedo a sufrir rechazo, se desconoce su “nueva identidad social”.

Esta discriminación se manifiesta según las personas entrevistadas en formas de rechazo como la retirada del saludo, de la amabilidad, el afecto, la simpatía, así como en el hecho de que ya no se establecen conversaciones con ellos/as, o no se comparten los platos de comida en comunidad. Concretamente, las personas entrevistadas que viven con VIH comentaron que si la gente supiese que

tienen VIH actuarían rechazándoles a través de las formas señaladas anteriormente:

“Algunos, algunos familiares u otros que si es vecino, y se enteran que tú ya tienes, algunos no quieren hablar contigo, no quieren estar, compartir algo contigo” (Mujer, seropositiva, abandono).

A este respecto, una de las personas que vive con VIH señala que sufrió discriminación en el servicio de urgencia del Hospital General de Bata cuando supieron que era seropositiva, pues se negaron a realizar la intervención quirúrgica que requería su "enfermedad":

“El médico había llamado a mi hermana, y le informó que todas las dificultades que está teniendo por su intervención era porque tenía el sida [] y la enfermedad que tengo, está que me ha cogido hernia, es cuando ese doctor me operó clandestinamente, porque ha mirado que este hombre se ve que puede morir, y estos blancos van dando muy muchos rodeos, es cuando me operó pero bien tranquilo, pero encontró que cuando cogió lo que los blancos hacían, es cuando lo exigió a mi hermana, se lo entregó y fue leyendo, leyendo, es cuando la llamó oscuramente y la dijo que todo este rodeo que ve aquí, ese punto es el que le tiene es lo que dicen que no le pueden operar, o que por eso van dando ese ridículo” (Varón, seropositivo, 2009).

De modo que el estigma social creado alrededor del VIH ha dado lugar a rechazar a las personas que viven con VIH, y la forma más extendida según comentan las personas entrevistadas es la retirada del saludo a las personas que tienen el virus. Por el contrario, también cabe señalar el caso positivo de no discriminación en el entorno laboral de una de las personas entrevistadas que viven con VIH. Esta persona trabaja como personal guineano en una ONG internacional que lleva a cabo acciones de cooperación al desarrollo en Bata. Comenta que su entorno laboral conoce que es seropositiva y que ello no ha generado discriminación sino todo lo contrario, apoyo e integración:

“Pero esto sí, en mi centro, especialmente en Aldeas infantiles donde yo trabajo con las compañeras, no me rechazan, me acogen bien, empezando por la directora” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo medio).

6.4.2. EL CONGOSÁ

En las sociedades tradicionales la tradición oral tiene mucha importancia en la cultura y en la vida social. La comunicación oral frente a otros medios como la comunicación escrita, la comunicación visual, sigue siendo el principal canal de transmisión en estas sociedades. También la cultura oral desarrolla mecanismos de control social, como es el caso del rumor, cuya información circula de boca en boca con el objetivo de desacreditar y desprestigiar o censurar a la persona sobre la que se rumorea.

La sociedad guineana ecuatoriana, acorde a su sistema cultural, ha desarrollado alrededor del fenómeno del VIH, y en concreto alrededor de las personas que tienen el virus, el famoso y temido “congosá” como un mecanismo de control social.

El congosá⁷⁴, según describen, se genera a través del boca a boca de las personas. De modo que, por el boca a boca se habla sobre algún hecho, suceso, etc. Concretamente, en relación al VIH, ese especula sobre quién puede padecer –o no– “sida”. Ahora bien, dicho rumor no solo informa sobre quién padece sida, sino que además va acompañado generalmente de juicios y valoraciones negativas, generalmente falsas, sobre las personas que están siendo sujeto de congosá y del porqué de ello.

Así, cuentan los/as entrevistados que las personas en la sociedad guineana especulan sobre quién puede –o no– tener el virus. Explican que no solo se rumorea sobre quien tiene sida, sino que también se dicen cosas “feas”, “oscuras” y en muchas ocasiones “mentiras” sobre las personas que padecen el VIH, quedando así la persona socialmente desprestigiada. Tanto es así que el congosá constituye una de las formas de control social que más temen las personas entrevistadas seropositivas.

Algunas de las personas seropositivas señalan que han sido víctimas del congoseo mientras que otras personas seropositivas, a pesar de no haberlo sufrido, manifiestan su temor a ello. Este miedo a ser sujeto del congosá es también un motivo de preocupación en las personas entrevistadas que no tenían VIH cuando se les realizó las entrevistas. Por tanto, el congosá, junto al miedo por la creencia de mortalidad de la “enfermedad”, son los aspectos que más preocupan y angustian a las personas entrevistadas en el caso de contraer en un futuro el virus:

“Bueno, aquí cuando tienes sida la gente en la calle dice que esa va a morir, no sé, yo no sé porque yo puedo contagiarme de sida, y no por abuso sexual pero la gente va a decir que es por eso” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

⁷⁴ A pesar de que en ocasiones entre el rumor y el congosá apenas aparecen diferencias, cuando a las personas entrevistadas se les pregunta por ello, señalan que la principal diferencia consiste en que el congosá tiene la finalidad de desprestigiar a la persona, haciendo público falsedades, y llegando incluso a calumniar.

“Existe lo que se llama vergüenza, la gente seguimos viviendo en este mundo de de de “me han dicho, me han dicho, has escuchado, has escuchado” o sea lo mismo es con toda certeza...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

Ahora bien, dicha forma de control social finalmente ha llegado a constituirse como una barrera para la continuidad y la adherencia al tratamiento de los servicios del VIH, pues algunos entrevistados seropositivos narran como esta fue una de las causas, entre otros motivos, de su abandono al tratamiento de VIH, pues tenían miedo a ser vistos en las consultas y sufrir congosa:

“Entrevistadora: ¿Y por qué sigues el tratamiento en España y no aquí? I: <>, no sé, ahí prefirió mi marido. Que vayamos ahí y no aquí, porque aquí en Guinea la gente hablan mucho, comentan mucho” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

Algunas personas entrevistadas señalan que este congosa tiene su origen en el rumor que inician los mismos profesionales sanitarios que trabajan en el laboratorio de diagnóstico y/o en la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Bata sobre quién tiene –o no– el virus. De ahí que una de las recomendaciones dadas por las personas entrevistadas para prevenir este hecho, y de cara a garantizar el anonimato y confidencialidad de las personas seropositivas, consista en que los profesionales sanitarios de los servicios de tratamiento del VIH no sean de nacionalidad guineana sino extranjera:

“Eh... está bien aclarar las cosas y decir las cosas por general ¿no? Siguiendo las lesiones que la población, en las que yo mismo también comparto, eh... la mayoría dicen que en el hospital, los hospitales públicos generales no encuentran atención, no encuentran atención. Hay muchos problemas, primero eh... son ellos mismo los que van chismorreando quien tiene sida” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, urbano, nivel educativo bajo).

Un último aspecto a señalar en relación al congoseo, es la diferencia observada entre los varones y las mujeres entrevistadas. En este sentido, las mujeres señalan que son más víctimas del congoseo, y que por tanto, tal y como se ha señalado anteriormente, en el caso de que la sociedad supiese que su cónyuge es seropositivo se rumorearía de que ha sido ella, la mujer, la que ha “traído el sida al hogar”:

“En mi marido, bueno la gente ya no piens...ya no diría de que de mi marido, que es lo que, que es lo que decimos siempre, no. Si vemos una chica así, dice que no, a lo mejor es él, es él, es ella quien ha contagiado a su marido aunque es que el marido el que lo ha contagiado. Entrevistadora: ¿Suelen pensar que la mujer contagia? C: Mmm... sí” (Mujer, seropositiva, 2004).

En definitiva, el congosá es un mecanismo de control social mediante el cual se especula y se desprestigia socialmente a las personas por algún motivo, generalmente por desviarse de la moral pública, que en el caso concreto del VIH ha sido en la mayoría de los casos, entre otros motivos, por alejarse de las normas morales sobre la sexualidad, es decir por abusar del sexo.

6.4.3. MOFAS Y RISAS

También es bien sabido que la burla y las risas pueden actuar como mecanismo de control social (Paton, Powell & Wagg, 1996, citado en Romero, 2010). De tal modo que, ante una conducta o hecho que se considera una desviación de las normas socialmente aceptadas, las risas y las burlas desvelan la desaprobación y la anormalidad de dicho comportamiento o hecho.

Tal y como señala Romero (2010) la burla es un mecanismo eficaz de control social, en tanto en cuanto despierta emociones negativas, tales como vergüenza y humillación, en la persona que es objeto de mofa, produciéndose en muchos casos una corrección del comportamiento para evitar el malestar producido por dichas emociones.

En relación a ello, algunas de las personas entrevistadas señalan que en torno a las personas con VIH se desencadenan risas y burlas. Según cuenta un entrevistado, en su poblado son objeto de risas y burlas dos mujeres que han muerto a consecuencia del sida:

“Solo a los que hablan de eso como bromas, Concha y ya mucho tiempo, esto lleva mucho tiempo, una chica murió de VIH. Decían que es lo que tenía, esto, esto ya puede esto ya muchísimo tiempo ya, y la burlaban” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

“Entrevistadora: ¿Y por qué se ríen?, a ver ¿por qué se ríen de esas personas? C: Se ríen [] Entrevistadora: ¿De qué están enfermas y que tienen VIH ? C: Se ríen, se están burlando, de ellas. Sí, hasta la persona que dicen que tiene VIH le pueden burlar, burlar totalmente, ah... ; burlar, burlar...Yo no sé nada de eso, por eso digo que yo no puedo tener sida, a mí no me puede pasar eso... no sé si mis familiares del pueblo...” (Varón, seropositivo, abandono).

Por tanto, algunos entrevistados comentan que las personas que tienen VIH son susceptibles de ser burlados a consecuencia de ello. De ahí que una de las personas entrevistadas que viven con VIH comente que la burla que puede sufrir constituye una de las razones por las que no hace público su diagnóstico:

“Del VIH, sí... tengo miedo, aunque no lo tengo, pero si llegan a conocerlo yo estaré humillado entre ellos... sí, hasta la persona que dicen que tiene VIH, le pueden burlar, burlar totalmente” (Varón, seropositivo, abandono).

6.4.4. TABÚ

Tal y como Freud (1913) analiza en su ensayo *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*, el tabú constituye otro mecanismo de control social muy desarrollado en las sociedades tradicionales.

En relación a ello, las personas entrevistadas comentan que debido a la alarma social generada alrededor del VIH, al miedo existente por la creencia de que es una "enfermedad mortal", peligrosa, sin cura, y consecuencia de un castigo divino, el VIH ha pasado a ser un tabú en la sociedad guineana. Narran que apenas puede mencionarse la palabra VIH o sida, y mucho menos dar a conocer que una persona padece de ello:

“Hay otros que les cae como un tabú, así de diferentes maneras, como mi señora, una vez que sepa que lo estoy llevando, ella a veces, me tranquiliza, me tranquiliza, porque ojalá si llega a ser así que yo mismo estoy bien” (Varón, seropositivo, 2009).

“Aquí, en el barrio, es como un tabú, si uno lo tiene es como un familiar tuyo que te lo dice, tú no puedes saber, no lo dice a nadie. Yo que sé, así lo consideran, lo esconden. Yo no voy gritando para decir a todo el mundo, pero a mis familiares más cercanos cuando me suelen ver viajar, digo que ya no padezco de eso, estoy mal” (Mujer, seropositiva, abandono).

A este respecto, las personas entrevistadas con un nivel educativo mayor señalan que cuanto mayor es el nivel educativo de la población menor es la percepción de tabú que se tiene del VIH en el país.

CAPÍTULO VII. LA ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL VIH

7.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describen, acorde al objetivo específico de la tesis 2.3, las distintas prácticas preventivas que la población guineana lleva a cabo con base a las distintas medidas y políticas implementadas en el contexto de Guinea Ecuatorial.

En el primer apartado se exponen los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento que tiene la población general sobre el VIH. En países con indicadores de desarrollo humano bajos y alta prevalencia, la falta de educación e información sobre el VIH constituye una de las principales barreras en la adquisición de conductas y hábitos preventivos (ONUSIDA, 2008). No obstante, a pesar de que el conocimiento es una condición necesaria para la adopción de prácticas preventivas, en la actualidad está consistentemente demostrado que no es suficiente en la adopción de prácticas preventivas, pues intervienen e influyen otros muchos factores, como los estructurales de índole social y cultural, y que por tanto han de tenerse en cuenta en los programas de intervención (Auerbach, 2011).

El segundo apartado explica los elementos que configuran la percepción del riesgo sobre el VIH en la sociedad y en la cultura guineana. Y, el tercer apartado, analiza la adopción de las prácticas preventivas de la población respecto a las distintas medidas implementadas: preservativo masculino, abstinencia sexual, fidelidad de la pareja, transmisión vertical, etc.

Y, por último, en el cuarto apartado se evalúan, acorde a las valoraciones que emite la población guineana, las distintas políticas y estrategias de prevención implementadas en Guinea Ecuatorial.

En definitiva, se analizan los distintos aspectos y elementos que interceden en la adopción y adquisición de las distintas prácticas preventivas en relación al fenómeno del VIH. En este sentido, conocer las razones y factores que interceden en ello puede ser de gran interés para implementar estrategias eficaces, efectivas y eficientes en la prevención del VIH y, en concreto, en la promoción del diagnóstico precoz.

7.2. EL CONOCIMIENTO RESPECTO AL VIH: “El sida”

7.2.1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL VIH

En relación a la información sobre el VIH y sida, una de las primeras cuestiones que señalan las personas entrevistadas, es el hecho de que se trata de un fenómeno reciente. En este sentido, cuentan que tan solo hasta principios del 2000 es cuando se empieza hablar en Guinea Ecuatorial sobre el sida. A partir de ese año, aproximadamente, la información y las noticias sobre la existencia de la "enfermedad" comienzan a expandirse rápidamente en la sociedad, hasta llegar al momento actual en el que continuamente se oye hablar sobre ello, y en concreto desde las autoridades sanitarias. Señalan que hoy en día el sida está presente en muchas esferas de la sociedad guineana: la radio, la televisión, los centros sanitarios, los centros de enseñanza, en las letras de las canciones de los músicos así como en el día a día de la gente:

“Mucho tiempo... sí, porque desde que esto se empezó a oír, cuando empezaron a... las canciones, los artistas, cuando empezaron a cantar eso, hasta incluso, había un señor aquí que era locutor en la radio en la lengua del vernáculo. Se llamaba Esteban Mangué Ba y dice que ya viene e... una enfermedad que se llama en *fang biensensá*, ya, ya allí, es donde cuando empezamos a oír lo del sida” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Pregunto, yo no sé porque todavía no lo he enfermado, siento, o sea, las informaciones que dice la, por la radio, por el hospital, en todas las partes” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

En contraposición, cabe mencionar el caso de una persona entrevistada que dice haber sabido del sida antes de su existencia en Guinea Ecuatorial. Explica que, a pesar de que por entonces esta "enfermedad" no existía en el país, él sí había escuchado hablar sobre su existencia en Gabón y en Costa de Marfil, pues por motivos laborales solía viajar a estos países:

“En otro país como Gabón, Costa de Marfil hablamos todos los días de esta enfermedad, pero aquí antes no, ahora es un poco la gente hablamos” (Varón, seropositivo, 2009).

Respecto al conocimiento que la población tiene sobre el VIH, en términos generales puede afirmarse que, a pesar de que señalan que “se habla por todas partes del sida”, las personas entrevistadas disponen de una información sobre el VIH escasa y muy difusa. Y, además, dicha información está muy focalizada por la gran presencia que el sida adquiere como "enfermedad" en el VIH. No obstante, a pesar de que la información que se dispone es escasa, todos y todas afirman haber oído hablar sobre ello alguna vez. A este respecto, se observan diferencias en función de los distintos perfiles demográficos entrevistados. Comparativamente, el perfil que muestra estar mejor informado son los participantes que tienen un mayor nivel educativo, seguido de las personas que son seropositivas. En contraposición, el perfil que manifiesta estar menos informado corresponde con las personas entrevistadas que residen en los poblados, cuyas prácticas asistenciales están más orientadas hacia la medicina tradicional. Por otro lado, se evidencia que: a mayor edad, mayor desconocimiento sobre el VIH. De ahí que algunas de las personas entrevistadas con una edad mayor atribuyan el desconocimiento y la falta de información que tienen al hecho de estar en la etapa de la vejez, y al hecho de ser una "enfermedad" nueva en el país, la cual no se conocía ni existía en tiempos pasados:

“¿VIH? Bueno yo... ya como tengo cincuenta y ocho años de edad ¿eh? A partir de este... a los..., casi a los cincuenta y... tres años me empiezan a hablar del VIH, yo no sé qué enfermedad es” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

La enfermedad que más me preocupa es esta enfermedad que existe actualmente que llaman sida, porque antiguamente cuando éramos niños se veía que los niños tenían sarnas, los niños tenían conjuntivitis, los niños tenían “pian”, pero todas estas cosas ya no se ven ahora, lo que más se ve ahora es el sida, si alguien esta flaca, como yo estoy ahora la gente va a ir diciendo que yo tengo...” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

Ahora bien, tanto era el desconocimiento que, por entonces, había sobre el VIH, que un participante comenta que cuando recibió las primeras informaciones del "sida" mantuvo una actitud escéptica. Relata que al principio de oír hablar del VIH y sida no creyó en la existencia de esta "enfermedad", pero sin embargo con el paso del tiempo al ver que personas han muerto por ello, ya cree en su existencia:

“Me parece para mi manera ¿eh?, me parece para mi manera, me parece una, una mentira, o por otra vez, ¿cómo creer que es cierto? Voy andando así. Porque cuando una persona se ha muerto ¿eh? Yo me confirmo cómo puede ser que esto es, esto es... porque una persona se ha muerto, y me dicen que tenía estos síntomas pero se ha muerto. Esta enfermedad no conozco pero sí puede que esto es cierta, ya en mi conciencia ya lo digo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Esta negación sobre la existencia del VIH y sida es un aspecto que se menciona en el discurso de otros participantes, independientemente de la edad que se tenga. Las personas con un perfil educativo mayor señalan que a pesar de la información que existe en el país sobre el VIH, muchas personas continúan negándolo. Y ello constituye uno de los principales problemas que hay en el país en torno al VIH y sida. Comentan que generalmente ocurre en la población que tiene una menor formación.

Pero ¿qué información sobre el VIH predomina en las personas entrevistadas? Un primer aspecto a señalar, tal y como se ha apuntado anteriormente, es que apenas se produce distinción entre el VIH y el sida. A excepción de los participantes con un nivel educativo mayor, la mayoría tienen dudas o desconocen el término VIH:

“Solo que... el estado de salud no me acompaña. Ajá ¿por qué? Pues... la medicina me dijo que... tengo [] sida. Sida he hecho casi, casi todo análisis... todo. Puedo decir que por parte de los análisis ya me es... completo” (Varón, seropositivo, 2009).

Incluso algunos y algunas participantes, la mayoría perteneciente al perfil de medicina tradicional, afirman no haber escuchado nunca esta palabra:

“Yo no te puedo decir, yo no sé eso que dices. No, no, no” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

De modo que se produce una identificación entre ambos términos, siendo usual que durante el desarrollo de las entrevistas las personas entrevistadas demanden información sobre el término y sobre qué es el VIH:

“Bueno, ejem..., vale, vale, bueno, ese pregunta..., explicame bien, explicame bien... ante VIH y sida ¿no son la mismo?, ¿la mismo, la mismo cosa...?” (Varón, seropositivo, abandono).

“Vosotros los médicos, sí, esta enfermedad, que debeis de explicarnos qué es esta enfermedad de nos preguntas” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

A este respecto, llama la atención que muchas de las personas entrevistadas que asocian la idea de tener VIH con sida y con mortalidad sean seropositivas, es decir pacientes de los servicios de diagnóstico y tratamiento. Contrariamente a lo que cabría esperar, tampoco distinguen entre ambos términos. Por tanto, no diferencian y conocen las implicaciones de tener el Virus de Inmunodeficiencia Humana, o ser seropositivo con haber desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Ahora bien, esta confusión se produce en muchas personas entrevistadas, independientemente de ser hombre, mujer y de la edad que se tenga. No obstante, dentro del perfil de personas que son seropositivas, se observa un mayor desconocimiento en el perfil de personas que han accedido y abandonado los servicios sanitarios. Por tanto, en líneas generales, existe mucha confusión en torno a esta cuestión, pues muchos no saben si tienen sida o VIH, y muchos de ellos creen que son enfermos de sida:

“¿Sida? ¿no es lo mismo sida que VIH? ah... Bueno, ¿yo lo puedo saber hoy? [] Entonces ¿qué es lo que padezco? ¿no has visto mi historial? ¿qué es lo que padezco? Porque, que yo cuando entiendo, porque nosotros traducimos aquí, cuando uno tiene... cuando te dicen este está con VIH dicen este ya tiene sida. Le entiendo, le entiendo muy bien, pero me hace extrañarme que el VIH es diferente al sida” (Varón, seropositivo, abandono).

“Entrevistadora: ¿le agrada esta información? E: Muchísimo, de verdad, muchísimo, pero me he quedado un poco pasmado en ese aspecto, porque esto no es lo que yo pensaba, no es lo que yo pensaba” (Varón, seropositivo, 2004).

El segundo aspecto más mencionado consiste en que se trata de una "enfermedad" de transmisión sexual. De tal modo que todas las personas entrevistadas sabían y conocían que el sida era una "enfermedad" que se contagiaba a través de las relaciones sexuales:

“Bueno yo me entero que el sida provoca, primeramente, anteriormente me enteré de que provoca por la sexualidad” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Depende de, de qué se trata, m... porque hablando de uno con, como es la... es que cada cosa es según el nivel que ya es, o según de que se trata, porque generalmente aquí en Guinea entendemos que es, es sexo, yo, yo veo que no solamente es sexo, hemos descubierto que es, esas cosas vienen de muchas muchas facetas, vulgarmente se dice que el sexo y a la...” (Mujer, seropositiva, abandono).

En cuanto a las fuentes de transmisión de la información sobre el VIH que señalan las personas entrevistadas son: la radio, la televisión, la calle, el centro de estudio y los centros sanitarios. En primer lugar, explican que la radio y la televisión son los medios principales a través de los cuales oyeron hablar por primera vez del sida. El contenido que dicen haber escuchado en estos medios están basados principalmente en la prevención del VIH y sida:

“A la radio, solamente yo, viéndolo así ¿eh? A informar, a... hacer propaganda en la radio, si hay tal, tal, tal, se transmite tal, tal, tal, pero no... ver una cosa así” (Mujeres, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

“Bueno yo me lo entero en radio, en radio, en la televisión” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

No obstante, cabe señalar que se observan diferencias en relación a las fuentes de información según los diferentes perfiles. Si se atiende al sexo de las personas entrevistadas, se pone de manifiesto que los varones señalan más la radio como principal fuente de información, mientras que las mujeres, comparativamente, indican con mayor frecuencia los profesionales sanitarios y la televisión. Por otro lado, las personas que residen en Bata suelen mencionar la televisión como fuente de información, mientras que en el perfil de participantes que vive en los poblados cercanos apenas la mencionan.

Ahora bien, en relación a los medios de comunicación como fuentes de información—específicamente la radio y la televisión—, el perfil de participantes con un nivel educativo mayor valoran varias cuestiones al respecto. Un primer elemento que analizan está en relación con la cobertura que estos medios tienen en el país. En este sentido, cuentan que la radio es la principal fuente de información en la sociedad guineana ecuatoriana, tal y como pudo observarse durante el trabajo etnográfico, y por ende constituye el principal canal para informar y sensibilizar a la población sobre el VIH y sida. Explican que existe un problema de cobertura en los poblados:

“Una radio que no llega ni a *Comandachina*, ni todo el mundo, por ejemplo, ahora sí lo están haciendo ahora, yo no sé si el programa pasa por la radio ahora” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Por otro lado, critican la frecuencia con que son emitidos los programas de prevención del VIH en la radio, pues tan solo son una vez a la semana. Lo cual conlleva a una intervención puntual en la prevención. En este sentido, señalan la necesidad de aumentar la frecuencia en la emisión de dichos programas dada la situación epidemiológica en Guinea Ecuatorial:

“Que ni siquiera quieren tocar, es que no sé, poca información tienen la gente, poca información sobre la enfermedad, decirle a la gente que esto es así, una vez a la semana hablan por radio pues si lo hacen hoy quizá pasan mínimamente una semana o dos más, pues yo creo que daría más... más...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En segundo lugar, algunas personas seropositivas señalan que, a pesar de haber escuchado hablar sobre VIH y sida en los medios de comunicación, o por la gente “en la calle”, fue a partir de la realización del diagnóstico cuando los profesionales sanitarios les proporcionaron información sobre su prevención. A este respecto, algunos entrevistados explican que hasta que no utilizaron el servicio de pruebas diagnóstica y de tratamiento del VIH no supieron que podrían vivir mucho más tiempo:

“Fueron los doctores en el hospital que me dijeron: tú tienes virus no vas a morir” (Varón, seropositivo, 2004).

En contraposición, algunos entrevistados del perfil de pacientes que acceden y abandonan los servicios de diagnóstico, comentan que nunca les informaron en los servicios sanitarios sobre la diferencia entre el VIH y el sida; y de que el VIH no es una enfermedad mortal. De ahí que, en el momento en que se realizaron las entrevistas, aún continuaban creyendo que tenían sida y que iban a morir debido a la identificación que se realiza con "enfermedad" mortal.

En este sentido, una de las personas entrevistadas, que estaba en tratamiento en los servicios sanitarios españoles cuando se realizó la entrevista, comenta que fue en España donde le informaron sobre el hecho de que el VIH no era mortal, a pesar de haber sido diagnosticada en los servicios sanitarios guineanos:

“Ya cuando fui a España, ya supe que no me iba a llegar la muerte, mi marido y los médicos me decían que todo bien, que no preocupar, que yo iba curar, no, no iba a morir” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

La tercera fuente de información que mencionan las personas entrevistadas es la gente. De modo que, la mayoría afirma que también oyeron hablar sobre el sida “en la calle”, pues cuentan que la gente habla mucho sobre el sida; dicen que se trata de una "enfermedad" muy peligrosa y mortal; una "enfermedad" que inevitablemente conduce a la muerte. Asimismo, señalan que “en la calle” se rumorea mucho sobre el tema, sobre quién puede tener –o no– sida, y sobre quién ha muerto por ello.

Otra fuente de información, mencionada tan solo por las personas entrevistadas con edades más jóvenes, entre 20 años y 30 años, es el centro de estudio. Cuentan que la primera vez que oyeron hablar sobre el VIH fue en la clase de educación sexual de la asignatura de Ciencias Naturales:

“Bueno, yo tenía miedo, ¿no? Tenía miedo de, de... aparte del VIH ¿no?, tenía miedo de, de infectarme de otras enfermedades, porque siempre veía en la fo... en... en clase nos daba, en clase de ciencias naturales nos decía de que si hay muchas enfermedades de transmisión sexual como la pus, por eso tenemos que protegernos cuando tienes que tener relaciones sexuales, ¿mmm?, hay que tenerlos, con un hombre desconocido tiene que tener con preservativos, por eso lo hacía” (Mujer, seropositiva, abandono, persona joven).

Y, por último, cabe mencionar las campañas de sensibilización y prevención del VIH y sida como fuente de información. Esta fuente tan solo ha sido mencionada por los participantes con un nivel educativo mayor:

“No, esas falsas campañas que uno ni siquiera puede defenderse a nivel del idioma, ni puede defenderse técnicamente hablando de los conceptos que va metiendo pata, entonces este se va al agravio y poder pasar toda una hora queriendo hablar del sida” (Varones, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Según comentan, el contenido de las campañas ha tenido un efecto negativo pues ha generado mucha alarma social y dramatismo en torno al VIH en la sociedad. Asimismo, critican también el hecho de que no se haya llevado a cabo ninguna campaña para desvincular el VIH y sida como "enfermedad mortal":

“[] pero no han vuelto a darnos la otra información que, a pesar de que es mortal, pero también siguiendo un tratamiento puede hacerte no morir a destiempo. Sigo diciendo en Guinea, estamos hoy en día lo que quizá era España en el siglo XVII-XVIII” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Entonces desde ahí hemos de partir, digan a la gente que el sida es una enfermedad más. Como el niño puede morir de una tos, así yo puedo morir del sida, pero también me puede atacar más sin miedo a ser sometido bajo los tratamientos” (Varón, sin diagnosticar, nivel educativo mayor, medicina moderna, urbano).

Otro de los aspectos que valoran es la veracidad y calidad de la información de las campañas sobre el VIH y sida en los medios de comunicación. Cuentan que las personas que hablan en los programas no son expertos/as ni médicos en la materia:

“Es que no son técnicos, los que difunden esas informaciones son unos locutores, los que se afanan en que me sé yo, en hacer el ridículo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Bueno yo, simplemente las pocas veces que sigo estas televisiones siempre lo encuentro como lo subraya don Rigoberto, yo creo que para que uno lance una información de ese tipo, mínimamente debería tener bases sólidas y con pruebas, con ejemplos, pero de vez en cuando les cojo como sí, como sí lo pregonan, pregonarlo por los cuarenta vientos solo para que la gente sepa que existe” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“T: Ahí me enteró también porque no sé quiénes son. S: Al menos lo que sale de la radio... C: Yo no creo que... S: Yo no creo que son de los médicos. C: No creo, no creo, porque no son los médicos” (Varones, sin diagnosticar, medicina moderna, nivel educativo mayor).

De modo que, recomiendan que el contenido de las campañas se centre en mostrar mensajes positivos como el hecho de que con los avances en el tratamiento la esperanza de vida aumenta, se puede vivir mucho tiempo y que pasa a ser una enfermedad crónica. Otra recomendación propuesta se basa en que las campañas sean realizadas por expertos/as en la materia:

“[] pero si tú a la persona no le hablas con objetividad ni demuestras las evidencias, es dudable que crean en tus palabras, muy dudable” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Mínimamente debería tener bases sólidas y con pruebas, con ejemplos, pero de vez en cuando les cojo como si, como si lo pregonan, pregonarlo por los cuarenta vientos solo para que la gente sepa que existe” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En relación a las fuentes de información, llama la atención que ninguna de las personas entrevistadas, a pesar de que la mayoría son católicos practicantes, menciona haber escuchado hablar sobre el VIH y sida en las ceremonias litúrgicas de la Iglesia. Tampoco en las asambleas de poblado, o con los jefes de poblado, ni en la familia, ni con la madre, etc.

Otro aspecto importante en relación al conocimiento sobre el VIH es la veracidad de la información recibida. A este respecto, se observan diferencias entre los distintos perfiles entrevistados. El perfil de personas que accedió a los servicios de diagnóstico en el año 2009 disponía de una información más veraz que el perfil de personas que accedió y/o abandonó los servicios antes del año 2009.

En síntesis, en líneas generales existe un gran desconocimiento en las personas entrevistadas sobre qué es y en qué consiste el VIH. De ahí que sea común en las personas entrevistadas demandar información sobre distintos aspectos durante el desarrollo de las entrevistas. En este sentido, muchas de las personas entrevistadas hacen explícito su interés por tener más información al respecto, a pesar de valorar que están bien informados. Asimismo, esta cuestión, es decir la información sobre los distintos aspectos del VIH y sida, constituye una de las pocas propuestas de mejora que las personas entrevistadas formulan:

“Entrevistadora: ¿Te consideras bien informado? F: Sí, ahora sí, y pero si hay otro tema para informarme mejor me gustaría” (Mujer, seropositiva, 2004).

7.2.2. LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN

En Guinea Ecuatorial, a diferencia de otros países, la principal vía de transmisión del VIH es la vía sexual a través de las relaciones heterosexuales (MINSABS, 2011). A este respecto, cabe mencionar que todas las personas señalan conocerla, así como su método para evitar el contagio: el uso del preservativo masculino.

Otra posible vía de infección del VIH en el país, es por transmisión sanguínea (MINSABS, 2011). En la sociedad guineana esta posible vía de transmisión se materializa en el riesgo existente que hay en las cuchillas que se emplean para el afeitado en las barberías o en los utensilios de la manicuras y pedicura en las peluquerías y puestos. Cabe aclarar que la pedicura es una práctica muy habitual tanto en hombres como en las mujeres guineanas, llegando incluso a poder ser un indicador de estatus social. También esta vía de transmisión se materializa en el riesgo existente con las cuchillas que se emplean en las curanderías con los métodos de curación, o en los rituales animistas.

De tal modo que, dado el sentido de «*gemeinschaft*» (Tönnies, 1887) que caracteriza a las sociedades tradicionales, y por tanto a la sociedad guineana, suele ser habitual compartir los utensilios de la manicura, pedicura o las cuchillas del afeitado con los familiares y vecinos:

“A la edad que yo tengo yo pienso, yo veo que no solamente es ahí, yo veo que no, porque hay gente que están, están solas, yo creo que esta información se tiene que divulgar más, porque no está solamente en el sexo... Es el comportamiento que... común que tenemos, y nosotros perdemos allá y eso que es un factor muy importante, hay demasiado común... todo lo hacemos y todo lo hacemos en común” (Mujer, seropositiva, abandono).

En relación al conocimiento que las personas entrevistadas tienen sobre esta vía de transmisión, algunas personas dicen que desconocían que el sida pudiera adquirirse a través de la sangre, y en concreto a través de las cuchillas, la manicura, etc. A este respecto, una de las mujeres entrevistada critica la poca información que, en la actualidad, se ofrece sobre el riesgo que existe de poder contraer el VIH y sida con la manicura o en las peluquerías:

“Bueno yo me entero que el sida provoca, primeramente, anteriormente me enteré de que provoca por la sexualidad, entonces y ahora me entero que entre que la peluquería, corte de uñas, etc., etc., pero yo, yo no sé, que yo no soy, que tiene que decirse más” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

No obstante, algunas personas seropositivas dicen que desconocían esta vía de transmisión hasta que no le informaron de ello en los servicios sanitarios.

En líneas generales, se pone de manifiesto que las mujeres tienen más conocimiento sobre esta vía de transmisión que los varones.

En síntesis, el conocimiento que tienen los participantes respecto al VIH y sida está muy centrada en las vías de transmisión, específicamente en la vía de transmisión sexual. Cabe mencionar que se observan diferencias entre los distintos perfiles sociodemográficos. En primer lugar, se evidencia un mayor conocimiento en cuanto a las vías de transmisión en las mujeres que en los varones entrevistados. También se observan diferencias según el hábitat, poblado/ciudad, pues las personas que residen en un hábitat urbano señalan con más frecuencia la existencia de otras vías de transmisión diferentes a la vía sexual. Algunas personas que residen en los poblados comentan que tan solo recientemente han oído hablar sobre ello. De ahí que algún entrevistado pregunte a la moderadora si ello es cierto:

“No sé esto del paludismo, de los hospitales de esta enfermedad que dicen que ahora existe que la gente muere, no sé si esto existe, usted me puede decir si es que yo no tengo información” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

7.2.3. LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS Y ORGÁNICOS DEL VIH

Acorde al hecho de que el VIH y sida se percibe como una “enfermedad de hospital”, se les preguntó a las personas entrevistadas sobre los síntomas clínicos del VIH, o en su defecto del sida, en el cuerpo. Y, a este respecto, la mayoría afirma que no saben cuáles son los síntomas para saber “cuando el sida está molestando en el cuerpo”. En este sentido, muchas de las personas seropositivas entrevistadas cuentan que a pesar de que han sido diagnosticadas positivamente por la medicina moderna, hasta la fecha aún no han sentido nada, ningún síntoma patológico en sus cuerpos:

“Mi salud de momento estoy bien, no me siento nada, porque cuando yo estoy, yo estuve enferma, no iba al trabajo” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Bueno, pero mi salud está... normal, pero tiene virus. Sí, acabo de... eh ¿Cómo se dice...? notar mucho, ¿ah?, acaba de...” (Varón, seropositivo, 2009).

El hecho de percibir que el VIH es una “enfermedad de hospital”, y en coherencia al modelo biomédico hegemónico, conlleva a pensar que el virus ha de manifestarse en el cuerpo clínicamente, tal y como lo hacen otras “enfermedades de hospitales” como el paludismo, tifoidea, etc. Sin embargo, desde que se adquiere el VIH hasta que los niveles de CD4 no bajan drásticamente, apenas se producen manifestaciones o síntomas en la salud, por estar en lo que se denomina “la fase asintomática”. A este respecto, a excepción de los participantes con un nivel educativo mayor, ninguna de las personas entrevistadas señala conocer dicha fase. De modo que, tanto varones como mujeres, independientemente

de la edad y de residir en Bata o en poblados, cuentan que desconocen cómo identificar esta enfermedad en sus cuerpos, ya que nunca la han padecido. Ahora bien, dada la asociación que se produce del VIH con "enfermedad" mortal, algunos participantes señalan como síntoma la muerte:

“Esta mujer, que tú has visto, se ha muerto por VIH, yo no sé qué es. ¿Qué síntomas tiene? ¿Qué... yo he oído síntomas en la radio? Y aparte, que nos diga algo ¿no? Dinos algo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

“Porque yo, ¿eh? Yo te puedo decir que yo personalmente... no lo tengo, nunca me ha molestado, entonces no sé como se siente en tu cuerpo ” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

Sin embargo, algunas y algunos participantes, en su mayoría mujeres, comentan que sí conocen los síntomas, pues han observado cómo la "enfermedad" se manifiesta en personas del entorno que padecen de sida. Y, en este sentido, señalan como síntomas los estereotipos contruidos del VIH. De tal modo que indican el estar flaquita, caerse el cabello, tener manchas en la piel así como sufrir diarreas, son manifestaciones de la "enfermedad" del VIH:

“Lo que más se ve ahora es el sida, si alguien está flaca como yo estoy ahora” (Mujer, seropositiva, 2004).

“Se cae el cabello y manchas en la piel, mi prima murió de sida” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Ahora bien, el desconocimiento existente sobre la fase sintomática del VIH⁷⁵, ha dado lugar a que algunas de las personas seropositivas entrevistadas cuestionen la veracidad del resultado positivo del diagnóstico, en tanto en cuanto perciben que gozan de buena salud y no sienten el virus en su cuerpo:

“Sí, y yo igual, yo me pregunto la conformidad de mi resultado, porque la primera vez cuando se confirma, el análisis que me hicieron para confirmar ¿dónde está? Yo como estoy yo... yo como p e r s o n a física, yo no me siento como un infectado del VIH” (Varón, seropositivo, 2009).

75 La duración de esta fase depende de los genes de la persona infectada, de cómo de rápido el virus esté copiando a sí mismo. No existe un periodo de tiempo exacto establecido. Hay casos de personas que manifiestan los síntomas a los diez años de ser infectados mientras que otras personas lo hacen a los tres meses. Asimismo, también depende de si se trata de un virus tipo 1 o tipo 2 pues este último presenta, en términos generales, una fase asintomática más larga.

“Es que si yo no estoy preocupado por tener VIH ¿Qué más preocupaciones puedo tener? Si lo tengo, pues como los demás tienen, si no lo tengo, como los demás! Pero sinceramente, estoy pasando un año sin molestias de salud” (Varón, seropositivo, abandono).

Un último aspecto a comentar, resultado del desconocimiento que hay entre los síntomas y el VIH es la confusión que se produce sobre este aspecto. En este sentido, algunos participantes preguntan si algunas de las “enfermedades de hospitales”, tales como el paludismo puede generar la enfermedad del sida, o si es la misma enfermedad que la tuberculosis, o si se relaciona con la tifoidea:

“Casi estos días me suena mucho, pero no lo sé, ¿qué enfermedad es? La gente muere pero no sé que... que, qué hace” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Yo no sé que diferencia, dicho como sanitario, yo no concibo tifoidea como paludismo pero parece que no estamos hablando de lo mismo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

7.3. EL RIESGO DEL VIH Y SIDA: “Entre las infidelidades y la mala suerte”

En cuanto a la percepción del riesgo del VIH y sida, se pone de manifiesto una serie de elementos que explican y condicionan dicha percepción. Cabe mencionar que se evidencian diferencias según determinadas variables sociodemográficas en las personas entrevistadas. Por ejemplo, existe mayor percepción del riesgo de contagiarse del VIH en las mujeres que en los varones que participaron en los grupos de discusión. Gran parte de ello, quizá sea debido, tal y como se analizó en el quinto capítulo, por la mayor concienciación que tienen las mujeres respecto a la salud y a las enfermedades, resultado de sus roles de género y de una mayor socialización con los servicios sanitarios de la medicina moderna. Por otro lado, tal y como se analiza en los párrafos siguientes, esta mayor percepción del riesgo también está en relación con las prácticas sexuales extramatrimoniales de sus cónyuges.

En términos generales, tanto varones como mujeres, perciben que existe riesgo de poder contagiarse del VIH y sida:

“Efectivamente no somos seres de otro planeta, todo lo que existe en nuestro planeta, en nuestro continente, en nuestro país, en nuestro entorno, estamos metidos ahí, estamos... cualquier día lo puedo coger... lo puedo coger” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

Las personas entrevistadas identifican algunas situaciones de riesgo. Ahora bien, dichas situaciones de riesgo difieren según determinadas variables sociodemográficas. En primer lugar, cabe mencionar la percepción de riesgo de los participantes del perfil de medicina tradicional, pues los varones de este perfil manifiestan tener, comparativamente con el resto de los perfiles poblacionales, una percepción del riesgo más acentuada en el hecho de que se trata de una “enfermedad de mala suerte”. Comentan que ellos no están exentos de poder contagiarse del VIH y sida. Y señalan que aunque tomen las precauciones necesarias en la sexualidad –como es utilizar el preservativo masculino–, ello no evitaría el que una persona pueda infectarse, pues existen otras situaciones de riesgo que escapan del control de la persona, como puede ser el hecho de ir a la curandería:

“Entrevistadora: ¿Pensáis que podéis tener o contraer el VIH? [] ¿Pensáis que os puede ocurrir a vosotros?
C: Sí, por mala suerte. J: Por mala suerte. Entrevistadora: ¿Mala suerte, cómo? E: Es una enfermedad de mala suerte. J: De mala suerte, de mala suerte te puede ocurrir si tú vas en la curandería o no sé qué también de que aunque en la peluquería corte uno, si tienes mujer, si esa mujer, aunque tú puedes prevenir...”
(Varones, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Sin embargo, no todos los participantes de la medicina tradicional reflejan el mismo grado de percepción sobre el riesgo. En relación a esto último, algún participante de este perfil poblacional, cuando se les pregunta por esta cuestión, responde con un silencio o bien señalando que no debe pensarse en ello. En este sentido, explican que lo que hay que hacer es asumir la "enfermedad" si se presenta:

“Nosotros no, no tenemos, <> a lo mejor no pensamos que lo tenemos, pero sí, quizá lo tenemos, así no te puedo decir no, ni sí ” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Es algo que no se debe pensar, se debe asumir ” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

“Nada, no sé, yo nunca pienso en es” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En contraposición, los varones entrevistados que residen en Bata señalan como principal situación de riesgo la infidelidad de sus cónyuges para contagiarse. No obstante, hay que mencionar que este aspecto fue expresado también por algún participante del perfil de medicina tradicional. Los participantes comentan que aunque ellos tomen las precauciones necesarias en sus relaciones extramatrimoniales –referidas al uso del preservativo masculino–, ello no garantiza nada, pues están en riesgo de poder contagiarse con sus cónyuges:

“M: Pero si esa mujer anda mucho. J: Anda mucho, ¿cómo puedes aliviar eso? M: No se puede” (Varones, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“Desde luego que sí, porque si hablamos de la fidelidad ahora, si yo soy fiel para con mi, y ella no, no lo es para conmigo especialmente...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Bueno, como con esto un hombre puede estar tranquilo en su casa, cuando tiene mujer y su mujer pasea no se puede, no se puede. El hombre mismo puede guardarse por sí mismo pero no cuando la mujer anda mucho, nada” (Varón, seropositivo, abandono).

De modo que, para evitar esta situación de riesgo, un participante recomienda utilizar el preservativo masculino con las propias mujeres y evitar el abuso sexual:

“Eliminar el abuso sexual y utilizar el condón frente a la que está en casa” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

No obstante, hay que mencionar que algunos participantes señalan no estar preocupados por contagiarse del VIH, pues no percibe situaciones de riesgo. A este respecto, dos participantes comentan que ello se debe a la vida sexual de abstinencia que llevan. Otro participante señala que practica la fidelidad de pareja. Y, por último, un participante polígamo explica que ello es debido a que él es fiel a sus mujeres y no abusa sexualmente con otras mujeres:

“Bueno yo practico la abstinencia porque mi religiosidad me lo dictamina, entonces, yo sé que no... no, yo puedo estar seguro” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto, religioso).

“Yo en principio he matizado que la fidelidad en la pareja es el primer elemento para trabajar la situación” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

Por otro lado, los participantes del perfil de medicina tradicional perciben que existen situaciones que conllevan un mayor riesgo. Señalan que existe un riesgo mayor de contraer VIH en las ciudades que en los poblados, concretamente con las mujeres de las ciudades. Asimismo, si la mujer es de Gabón o de Camerún o ha mantenido muchas relaciones sexuales, perciben que existe un mayor riesgo de contagiarse al mantener relaciones sexuales con ellas, aunque esto último también fue señalado por algunos

participantes que residen en Bata:

“Entrevistadora: ¿Pero con las amiguitas de aquí, no utilizas? T: Con las camerunesas sí, guineanas no. Entrevistadora: ¿Por qué? [] T: Las camerunesas abusan” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado).

En segundo lugar, en líneas generales, las mujeres entrevistadas expresan preocupación en cuanto al hecho de poder ser contagiadas de VIH. No obstante, se observan diferencias entre los distintos perfiles de mujeres. A este respecto, las mujeres que residen en la ciudad de Bata muestran una mayor preocupación frente a las mujeres que residen en poblados cercanos a Bata. Un elemento que intercede en esta mayor preocupación es la mayor concienciación que muestran respecto a las enfermedades de transmisión sexual:

“[] las cosas que me preocupan son las enfermedades como sida, sífilis, bueno las enfermedades de... que están ahora, son esas enfermedades que me preocupan” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

En relación a las situaciones de riesgo que perciben las mujeres, tanto las que residen en poblados como en Bata, señalan que la principal situación de riesgo que tienen es el hecho de poder ser contagiadas por sus cónyuges. Cuentan que la mayoría de sus maridos mantienen relaciones sexuales fuera del matrimonio. Explican que, es por ello, por lo que están preocupadas, ya que no utilizan preservativos cuando mantienen relaciones sexuales con sus maridos, pues ellos se resisten a utilizar el condón:

“Cuando mi marido sale... puede salir fuera con una chica y < no sabía de que ella lo tiene, pero si yo tengo relación con él tengo que contaminar esto” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“No porque dicen que ellos ya no sienten el gusto, el gusto de la relación sexual” (Mujer, seropositiva, 2009).

En términos generales, los discursos de las personas entrevistadas juzgan al hombre como principal responsable en la transmisión del VIH por la vida sexual promiscua que llevan, por las continuas infidelidades cometidas, así como ocultar el diagnóstico positivo a sus parejas sexuales. Sin embargo, algunas personas entrevistadas comentan que las mujeres guineanas también llevan una vida sexual

promiscua y suelen ser también infieles a sus cónyuges, lo que ocurre es que si bien la vida sexual promiscua del hombre está socialmente aceptado, la de la mujer no. A este respecto, cabe señalar las contradicciones durante el discurso de una de las mujeres seropositivas entrevistadas, ya que una de sus preguntas a la entrevistados desvela sus prácticas extramatrimoniales:

“La mayoría de las chicas igual, también como los hombres, tienen uno adjudicado que es como su marido y... le gusta los hombres vuelve a tener otro ahí afuera. Casi son iguales, pero los que siempre enseñan abiertamente son los hombres” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo medio).

“De... a se me ha olvidado a mí la pregunta que yo quería hacer, de verdad. Que, quería preguntarte que si era conveniente decir, por ejemplo, respecto a la pregunta en que me acabas de hacer, que si era conveniente decir la... aún.. a un... bueno a un hombre que no sea mi marido, a un chico, si era conveniente decirle de que estuve... de que estoy enferma, no sé” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

Asimismo, otra situación de riesgo que perciben algunas mujeres es el hecho de ser contagiadas en las curanderías o las peluquerías. Acorde a este hecho, algunas mujeres del perfil de medicina tradicional perciben que se trata de una “enfermedad de mala suerte”. De ahí que dicha percepción fundamente la percepción de riesgo sobre el VIH y sida que se mantiene:

“E: ¿Por qué? G: Yo hago manicura, cómo no lo voy a tener... es una enfermedad. Entrevistador: ¿Eh? G: Es una enfermedad de mala suerte” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

7.4. LA ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS EN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE EL VIH

7.4.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN RESPECTO A LA TRANSMISIÓN POR VÍA SEXUAL

En cuanto al conocimiento del preservativo masculino como estrategia de prevención, todas las personas entrevistadas conocen el preservativo masculino como método de prevención para la transmisión del VIH por la vía sexual.

En relación a su adopción como medida preventiva, un primer aspecto a señalar son las diferencias observadas según determinadas variables sociodemográficas en las personas entrevistadas. En términos

generales, puede afirmarse que la tendencia predominante es no usar el preservativo masculino, tanto en las relaciones conyugales como extramatrimoniales, aunque en estas últimas parece emplearse en mayor medida.

Una primera diferencia observada es que las personas con un alto grado de religiosidad, en algunos casos por practicar la religión judeo-cristiana y, en otros casos, por el evangelismo, y por tanto declarándose monógamos, dicen no utilizar el preservativo en sus relaciones conyugales. Por otro lado, tampoco los varones polígamos entrevistados con una edad mayor utilizan el preservativo masculino con sus mujeres. En relación a estos varones polígamos, cabe mencionar que todos vivían en un hábitat rural, en poblados cercanos a Bata. Estos participantes explican el porqué no utilizan preservativos en las relaciones sexuales que mantienen con sus cónyuges. Narran que al ser fieles a todas sus mujeres no tienen por qué emplearlo. Ahora bien, dentro de este perfil, algún entrevistado menciona el hecho de no utilizarlo por la edad que tiene:

“Sí... sin ánimo decir que no me meto, primero por la situación económica, porque para hacer esto la chica pide dinero y no tengo, sencillamente, entonces lo que práctico es la fidelidad de pareja, sinceramente...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“Jajajajajaja, yo ya soy abuelo, no... no... no... yo no puedo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, persona mayor).

En cuanto a los varones monógamos entrevistados que están casados, independientemente de que vivan en un hábitat rural o urbano, afirman que tampoco utilizan preservativo masculino con sus cónyuges. Estos participantes se extrañan ante la pregunta que se les realiza, y responden con asombro, debido a que cómo van a utilizarlo puesto que son “sus mujeres”, “sus propias”. Explican que según la tradición “ellos no pueden usarlas con preservativo”:

“Usted ya sabe la tradición de algunos de nosotros que dice que sino pone el condón, si se pone el condón no va a sentir el placer del acto sexual” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

A este respecto, los participantes entrevistados con un nivel educativo mayor explican que la resistencia de los hombres a emplearlo se debe al machismo que impera en la sociedad:

“Bueno no sé que, si la idea me llega, yo creo que los hombres somos demasiado machistas, en el sentido material, porque cuando un hombre en casa, para una chica, es difícil usar el condón, lo que pretende, como casa mucho, luego a la chica que está libre para ella de hacer cualquier cosa que sea. En este punto, algunos hombres, nosotros, no queremos usar el condón. Yo creo que me limito con esa observación hasta ahí” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Sin embargo, la mayoría de estos participantes afirman mantener relaciones sexuales con otras mujeres que no son sus cónyuges. En algunos casos, cuentan que cuando mantienen relaciones extramatrimoniales siempre utilizan preservativo masculino por miedo de ser contagiados del VIH y sida. Sin embargo, también hay casos que afirman que no utilizan preservativo en las relaciones extramatrimoniales. Generalmente estos varones suelen corresponder con personas que practican más la medicina tradicional y que viven en un hábitat rural cercana a Bata. Estos varones explican el porqué de ello. En primer lugar, señalan que la razón principal es por la pérdida de placer que provoca utilizar preservativo. Y en segundo lugar, indican la inaccesibilidad en la compra de los preservativos en los poblados donde residen.

Respecto a la pérdida de placer, algunos entrevistados con un nivel educativo mayor, comentan que realmente no es tanto la pérdida de placer que se produce, y que por tanto finalmente consiste en una cuestión más psicológica:

“Cuando hacen el acto, no puede eludir quizá la responsabilidad de alguien. Pero yo creo que el acto sexual, aunque es algo con tacto, pero es más algo psicológico. Muchos dicen, porque no sienten a la mujer con el condón que cuando está sin ello, pero no sé si es para tanto. En ese caso cuando ya tenemos algo en el medio, que es la enfermedad, yo creo que entre los dos males hay que quitar el más mayor” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Y en cuanto a la inaccesibilidad económica, cuentan los participantes que viven en los poblados que en los puestos de salud de donde viven no venden ni ofrecen preservativos. Narran que compran los preservativos cuando viajan a la ciudad, a Bata. De ahí que uno de los participantes explique que dada la falta de accesibilidad para comprar preservativos en su poblado, cuando viaja a Bata compra más de uno para tener reservas:

“En cualquier lugar que voy, lo tengo en mi bolsillo. Puedo ir, donde voy siempre, sino tengo dos tengo que tener uno. Sí, porque no sé cuál es el lugar que voy a encontrar la chica, cuando dormimos tengo dudas y tal, y tal, por eso siempre tengo de reserva y sino son dos, tiene que ser uno” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Solamente se puede, bueno yo no sé si suele vender en el puesto de salud, pero no lo he visto ahí aún y cuando, y cuando no lo usa, no preocupa de nada, solamente en su casa. Los que pasean mucho lo busca donde puede encontrar, uno que no pasea mucho como yo, tranquilo, no me hace falta buscar dónde” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Asimismo, en el perfil de hombres monógamos también hay participantes que afirman no mantener relaciones sexuales con otras mujeres que no sean sus cónyuges. Cabe señalar que dentro del perfil de participante con un nivel educativo mayor, todos los participantes afirman estar casados y no mantener relaciones sexuales con otras mujeres. Las razones que dan sobre ello es porque creen en la fidelidad de pareja y porque no tienen economía para poder costear ese “tipo de caprichos”. Respecto a esto último, según explican, tener amantes o “amiguitas” implica un desembolso económico, y tan solo los hombres con poder adquisitivo pueden permitírselo:

“Bueno, esos caprichos de mujeres uno no lo puede, yo tengo mujer y trabajo, no, esos caprichos de amiguitas no tengo petroleo, no, no, ya con la compra de medicamentos, los víveres, no, no, no []” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En cuanto a los varones entrevistados que no están casados, explican que el uso del preservativo masculino va a depender de cómo sea la mujer con la que se mantengan relaciones sexuales. En el caso de los varones que viven en los poblados, comentan que si la mujer la conocen en la ciudad o son de otros países como Gabón o Camerún emplean el preservativo por miedo a contagiarse de las enfermedades de transmisión sexual. Por el contrario, si la mujer la conocen del poblado y saben que llevan una vida sexual no promiscua, no utilizan el preservativo:

“Con las camerunesas sí, guineanas, no. Las camerunesas abusan” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“No con todas, con algunas con las que siempre, cuando estoy en la calle, a veces tengo algunas chicas que cuando (ruido de camión), esa chica anda mucho y tal y tal y tal, sale con mucha gente, sale con mucha gente y a veces, cuando yo duermo con ella tengo que usar condón y las que veo que al menos andan normal, no tienen muchos chicos, y tal y tal y tal son las que no uso condón” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

En cuanto al uso del preservativo en las mujeres entrevistadas, la tendencia general es no usar el

preservativo masculino en las relaciones sexuales. Las mujeres explican el porqué de ello observándose diferencias según determinadas variables sociodemográficas. En primer lugar, las mujeres casadas, que están doteadas⁷⁶, con mayor edad y que viven en poblados cercanos a Bata, argumentan que una de las razones principales es que, a pesar de haber oído hablar de ello, no conocen el preservativo masculino. Explican que nunca lo han visto, y que nunca han tenido un preservativo en sus manos y que tampoco sus maridos han traído al hogar preservativos. De ahí que durante el trabajo etnográfico demandaran a la investigadora preservativos para verlos:

“Siempre lo enseñan por la tele, a veces... cogen el dibujo del pene del hombre y enseñan en la tele como se pone pero yo nunca lo he tenido en vida. Tú, doctora por qué no nos muestras cómo para yo poner a mi marido” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Tampoco las mujeres más jóvenes que viven en los poblados y que están casadas utilizan preservativos con sus cónyuges. Ofrecen varias razones al respecto. En primer lugar, argumentan que culturalmente en Guinea Ecuatorial el hombre no puede utilizar preservativo con la “mujer propia”, es decir con “la mujer que tiene en la casa”. A este respecto, los discursos de las mujeres ponen de manifiesto dos posturas diferentes. Una primera postura, como consecuencia de la socialización de género, consiste en ver este hecho como algo natural, *per se*, sin cuestionarlo. Y la segunda postura, que parte de la preocupación de ser infectada de VIH y sida por sus cónyuges, cuestiona este hecho valorándolo negativamente:

“No puedo decir a mi marido de poner esto, conoce que para hacer relación sexual hay que poner esto, su marido se enfadaría y preguntaría cómo se te ha ocurrido decirme esto. Y él me puedo contaminar con otras mujeres” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“No, porque él tiene mujer, él tiene su mujer y tres hijos. Él no es este tipo de personas, yo no puedo acceder a decirle esto. No lo puedo saber si él tiene y cuando coge conmigo, no quiere utilizar el condón porque pierde el gusto” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Una de las razones que señalan de que sus cónyuges no quieran utilizar preservativo es por la pérdida de placer que conlleva. Otra razón, más minoritaria, es por el hecho de que el preservativo masculino es una barrera para la concepción de hijos/as. Cabe mencionar que en las sociedades tradicionales, y por tanto en Guinea Ecuatorial, la descendencia está considerada como fuente de riqueza

⁷⁶ Según la tradición fang para el casamiento en el matrimonio los familiares del novio acuerdan una cantidad de bienes (gallinas, alimentos, etc.) o dinero que han de dar al padre de la novia.

en tanto en cuanto permiten mejorar la economía doméstica a través de su fuerza de trabajo. Los hijos/as constituyen por tanto un bien de producción:

“Lo que yo pregunto es, cuando se dice que las mujeres utilicen esto, el condón, las mujeres seguirían pariendo o no” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Asimismo, las mujeres casadas y que viven en la ciudad de Bata, dicen también no utilizar preservativos con sus cónyuges. De nuevo, aparece como principal razón la resistencia de sus maridos a ponerse el preservativo por la pérdida de placer. Tan solo una mujer señala utilizar el preservativo masculino con su marido por motivos de planificación familiar, dado que no quieren tener más hijos/as:

“Sí, sí mi marido y yo utilizamos porque ya no podemos traer más hijos, apenas con la casa que construimos, los medicamentos, las enfermedades...” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo)”.

A pesar de que la mayoría de las mujeres doteadas no utilizan preservativo masculino con sus cónyuges, la mayoría tienen sospechas de que sus maridos mantienen relaciones sexuales con otras mujeres. De ahí que una de las mujeres entrevistadas afirme contundentemente la infidelidad del marido por el hecho de haberle visto preservativos, pues nunca lo ha utilizado con ella:

“Lo conozco porque mi marido tiene para las mujeres de fuera, pero yo no, no, no no con su familia” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Por otro lado, en cuanto al uso del preservativo masculino de las mujeres que no están doteadas y que mantienen una relación estable, o relaciones sexuales puntuales con hombres, señalan también que no utilizan el preservativo masculino por la resistencia de los hombres a utilizarlo. En relación a ello, algunas mujeres cuentan su experiencia sobre este aspecto. Narran que los hombres se enfadan, o se molestan, cuando se le recomienda usar preservativo. Algunos se enfadan porque interpretan la demanda de utilizar preservativo como falta de confianza, y específicamente en relación al VIH. Otros simplemente se enfadan, rompen la relación, y dejan de proporcionarles la ayuda económica que les daban.

En cuanto al uso del preservativo femenino, a excepción de una mujer, ni los varones ni las mujeres entrevistadas comentan nada de su existencia, y aún menos de su empleo. No obstante, una mujer

menciona que a pesar de no utilizarlo sí sabe de su existencia y de que pueden comprarse en una de las farmacias del país.

Una segunda medida de prevención del VIH por la transmisión por vía sexual es la abstinencia sexual o fidelidad conyugal. En primer lugar, cabe señalar que la mayoría de las personas entrevistadas no mencionan dicha estrategia. Dichas estrategias son comentadas tan solo por un grupo minoritario de participantes. Concretamente por el perfil de participantes con un nivel educativo mayor. Ahora bien, dentro de este perfil, los varones entrevistados con un alto grado de religiosidad señalan que practican la abstinencia sexual. Asimismo, una de las mujeres entrevistadas comenta que también, desde que se convirtió al evangelismo, practica la abstinencia sexual antes del matrimonio.

En cuanto a la fidelidad conyugal como medida de prevención del VIH, la mayoría de las personas entrevistadas no llevan a cabo dicha medida. Tan solo algunos de los varones de este perfil que tienen un nivel educativo mayor, y que están casados, afirman llevar a la práctica la fidelidad en el matrimonio. Asimismo recomiendan que, para controlar y eliminar la epidemia en el país, el gobierno regularice el matrimonio:

“Que hay que sensibilizar también el pueblo desde la fidelidad al matrimonio, mirar entre... desde mi punto de vista nos ayuda mucho, porque sí uno va con esto, es decir que va fuera de su pareja ¿no?, deja la fidelidad aparte y va siguiendo a otras, por eso tiene que usar esto para protección. El uso del condón para mí es como si estamos poniendo un parche en la fidelidad” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

“Sí, es una alternativa, yo encuentro otra alternativa [] el gobierno tiene que dar valor y regular el matrimonio. Entrevistadora: ¿Puedes explicarme esto? S: Sí puedo explicar, porque aquí nosotros, yo me casé, a mi mujer pues hacen los actos [] de presentación de familia y no sé que, y la tengo como, no sé como, como un objeto, como un objeto comprado. Entonces, es raro, es raro lo del matrimonio en nuestro gobierno no está regulado, no importa que me case con cincuenta mujeres, no le interesa al gobierno que alguien haya casado con cincuenta mujeres, porque no pone ni una normativa en cuanto a lo que es el casamiento, por eso, uno se casa, la familia de la mujer te pide veinte millones, si tú tienes, como eres adinerado pagas veinte millones, al gobierno no le importa, si esta persona paga veinte millones ¿con qué van a cuidar a los niños que van a tener en el matrimonio? Nada. Pues otros te piden quinientos mil, el otro te pide no sé cuanto, no está regulado el matrimonio y muy pocos, muy pocos matrimonios son considerados, es extraño” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

7.4.2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN RESPECTO A LA TRANSMISIÓN POR VÍA SANGUÍNEA

Una de las medidas preventivas respecto a la transmisión por vía sanguínea del VIH en Guinea Ecuatorial se concreta en el uso individual y no compartido de los utensilios de la manicura, pedicura y barbería. A este respecto, cabe mencionar que dicha medida preventiva no es mencionada en todos los discursos, y que son pocas las personas que afirman adoptar dichas medidas preventivas. Ahora bien, se observan diferencias según determinadas variables sociodemográficas.

En primer lugar, se pone de manifiesto las diferencias existentes respecto a los varones y las mujeres entrevistadas. A pesar de que los varones se realizan también la pedicura, comparativamente con las mujeres, apenas mencionan llevar a cabo medidas para prevenir el contagio del VIH. Tampoco señalan adoptar medidas preventivas en cuanto al uso compartido de cuchillas para el afeitado con los familiares. No obstante, algunos de los varones seropositivos afirman llevar a la práctica dichas medidas:

“Yo, desde que tengo esta enfermedad, sida, no, no porque antes con mi hermanito sí, pero ya no mis instrumentos para la barba son míos, no, no, no” (Varón, seropositivo, 2009).

A este respecto, los participantes con un nivel educativo mayor, comentan que esta es una medida de prevención que las autoridades sanitarias y el gobierno ha descuidado. Señalan la necesidad de intervenir en este aspecto a través de la educación e información a la población general sobre el riesgo existente. Asimismo, hacen hincapié en la urgencia de que las autoridades sanitarias controlen y regulen el que las curanderías y peluquerías reúnan las condiciones necesarias en sus utensilios para no transmitir el VIH:

“No, no porque la población no sabe, tú puedes cogerlo ahí, no está legalizado, yo insisto Carmen en que hay que legalizarlo, no porque esas cuchillas y ¿uno qué puede hacer?” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

En contraposición, en términos generales las mujeres entrevistadas cuentan que este aspecto les preocupa. Algunas de las mujeres afirman que sí llevan a la práctica dichas medidas. Por ejemplo, relatan que no comparten los utensilios de la manicura y pedicura con sus hijos/as. Otras mujeres también señalan que cuando van a las tiendas a realizarse la manicura llevan sus propios utensilios:

“No, cuando yo misma llevo uñas y pies, yo me lo compré y llevo al puesto, porque esa enfermedad yo no la quiero, no, ni para mi familia” (Mujer, diagnosticada, 2009).

Otra posibilidad de transmisión por vía sanguínea es a través de las transfusiones de sangre (MINBAS, 2011). A este respecto, la mayoría de las personas entrevistadas afirman desconocer que podían ser contagiados por esta vía. No obstante, una de las personas seropositivas entrevistadas comenta que esa fue la causa de su "enfermedad":

“Yo no sé... no sé... las ramas no dejan el árbol, yo pienso, es que no, pienso. Pues los doctores me dijeron cuando... porque yo estudio medicina, por eso de Cuba, de viajar a Cuba pero no sé, no entiendo porque yo no me he metido con mujer, no por mi religión. Estoy pensando que fue en el verano del 2006 para cuando di sangre... porque yo vivo angustiado desde entonces” (Varón, seropositivo, 2009, nivel educativo alto, persona joven).

7.4.3. VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS

Durante el transcurso de las entrevistas y grupos de discusión, las personas entrevistadas emiten valoraciones en relación a la factibilidad y eficacia de algunas de las estrategias que se han llevado a cabo en el país en el ámbito de la prevención del VIH.

La estrategia preventiva que más valoran es el uso del preservativo masculino. A este respecto señalan la poca factibilidad en la adopción de esta medida en la población general. En términos generales, opinan que dada la cultura africana, y por ende la guineana, dicha medida tiene pocas posibilidades de éxito en la sociedad guineana. Cabe mencionar que estas valoraciones son emitidas tanto por los varones entrevistados que pertenecen tanto al perfil de medicina tradicional como moderna con independencia del nivel educativo. A este respecto, ninguna de las mujeres entrevistadas emiten directamente juicios sobre las dificultades culturales de esta medida.

Específicamente en los discursos de las personas entrevistadas se pone de manifiesto la identificación de una serie de barreras en la realidad social del país que impiden que esta estrategia sea factible para ser adoptada por la población. En primer lugar, se señala como una barrera fundamental la situación económica de la mujer. Explican que debido a la dependencia económica de la mujer guineana respecto al hombre, es difícil que pueda tener éxito esta medida en la población por la imposibilidad que la

mujer tiene para negociar con los hombres el uso del preservativo. Cuentan que la falta de dinero, el hambre y la pobreza que rodea a las mujeres se interpone en el uso del preservativo masculino en muchas mujeres. De ahí que señalen que muchas mujeres, ante situaciones de pobreza extrema, y aún conociendo que la persona es portadora del virus, consienten mantener relaciones sexuales sin preservativo a cambio de dinero o manutención:

“Pero hay una causa, y en esta causa deben trabajar que es primero erradicar la pobreza extrema, en la medida que no lo han, no lo han hecho esa enfermedad, por mi modesta opinión. Usted ya sabe la tradición de algunos de nosotros que dice que sino pone el condón, si se pone el condón no va a sentir el placer del acto sexual, y como tiene que dar dinero, no va a poner el condón” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Asimismo, otro aspecto que señalan, pues implica otra barrera o impedimento para que las mujeres puedan usar el preservativo masculino, es el hecho de estar doteadas. A ello se le suma el que la sociedad guineana sea una sociedad patriarcal que visualiza y percibe a la mujer como un objeto de placer sexual. Por tanto, ante esta situación de desventaja de la mujer, el hombre no está dispuesto a renunciar a la pérdida de placer sexual que implica el uso del preservativo.

En segundo lugar, se señala que la adopción del uso del preservativo masculino en los hombres se enfrenta con la barrera de la pérdida de placer que conlleva su uso. Según explican esta es la principal razón del porqué los hombres guineanos se resisten a emplearlo. De ahí que cuenten que los hombres con recursos económicos implícitamente ofrezcan dinero a las mujeres en las relaciones sexuales a cambio de no utilizarlo. Asimismo, esta pérdida de placer, según comentan algunos entrevistados, también constituye una barrera para que las mujeres adopten el condón:

“Ya, la mujer tampoco quiere porque le pierde el gusto. Sí, no, le pierde el gusto” (Varón, seropositivo, 2004).

Por otro lado, algunas mujeres del perfil de medicina tradicional perciben que el uso del preservativo masculino es una barrera para concebir hijos/as. A este respecto, cabe explicar el fuerte valor que tiene en la sociedad el tener hijos, por la riqueza y el estatus social que conlleva.

De modo que, algunos participantes con un nivel educativo mayor valoran, debido a los obstáculos existentes para que esta estrategia pueda funcionar, que la abstinencia sexual hasta el matrimonio y la fidelidad durante el matrimonio son estrategias más eficaces para prevenir el VIH y sida. No obstante, hay que señalar que dos participantes tienen un alto grado de religiosidad.

La segunda estrategia valorada, exclusivamente por el perfil de varones con un nivel educativo mayor, es la implementación de medidas de sensibilización y de información del VIH llevadas a cabo por Médicos sin Frontera. La valoración positiva de estas estrategias reside en dos aspectos. En primer lugar, por llevar a cabo una estrategia de iguales y, en segundo lugar, porque dicha estrategia fue llevada a cabo por “los blancos”:

“El responsable de la sensibilización del proyecto EFOFAC, cuando vamos a ir para tener un encuentro con Luís Oyono, era que yo quería, inculcarle, informarle las ideas que los blancos me traen, el Dios nos ha dado el bosque para que nosotros lo tengamos a sacar todo lo que queremos, o sea, es realmente difícil <>, sí”(Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Cooperación española, un curso de verano por unos expertos que vinieron de España de un centro cultural español, que en el aula, en un momento dado, podemos estar introduciendo y de veces en cuando, lo hago dar información a los niños, sobre la sexualidad, la higiene, la prevención de los embarazos precoces y así como la educación para la prevención del sida” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

En cuanto al hecho de haber sido llevado a cabo a través de una estrategia de iguales señalan que, en la medida que hay mucha población que aún piensa que el VIH y sida no existe, es un método eficaz para combatir dicha creencia. Por otro lado, el hecho de ser personas seropositivas también desmitifica la percepción de muerte repentina. Lo cual permite que se normalice el virus en la sociedad y minimice la alarma social. Al mismo tiempo, también genera más ánimo y optimismo en la población que es diagnosticada de VIH al ver que otras personas seropositivas tienen una vida normalizada:

“Yo quisiera subrayar un elemento, me acuerdo que hubo un momento [] como, puedo hablar de cómo y supongo que hacían esta sensibilización sobre esta enfermedad. Que los organismos de sanidad de Médicos sin Frontera, había también los que llevaban esta enfermedad, y daba testimonio de esto, y esto casi la gente pedían que no, esto existe, aquí está una persona que dice que: “yo tengo... pero digo por esto, por esto, por esto, porque estoy siguiendo el... tratamiento, o algo así, por eso estoy así” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

El segundo aspecto, el que sean personas blancas las que lleven a cabo las estrategias y campañas de sensibilización, es valorado positivamente dado el estatus profesional que conlleva y la asociación de ser expertos/as en la materia. Dicho estatus profesional da credibilidad y veracidad a los contenidos de los mensajes y de la información dada. Asimismo, se valora el hecho de que el ser blanco genere una mayor influencia en la población guineana para un cambio en las actitudes y, por tanto, en la eficacia de las

estrategias implementadas.

No obstante, también señalan que hay que tener en cuenta la paradoja que existe en la sociedad guineana en cuanto al hecho de que sean blancos los que desarrollen las estrategias. Explican que dicha paradoja consiste en que si bien, por un lado la “población blanca” goza de un prestigio y estatus social para la población guineana, por otro también existe una cierta desconfianza hacia “la población blanca”:

“Sí, sería errónea porque... por lo que antes hemos hecho alusión porque nuestra sociedad ellos conciben las cosas a su manera. A veces les vas a encontrar, van a ponerse atentos, porque no es lo mismo cuando trae usted una información a ellos que cuando yo les llevo una información. Hay cosas que así son, no se sabe cual es lo que valoran más, cual es la que no valoran ¿o qué? Porque a veces cuando traen una información ellos van a ponerse quizás atentos porque ven el color y, y para llamar, una vez dar el toque “Uh, ya ha venido tal, Carmen está ahí”. Vienen pero al final no creo que están de acuerdo, yo no sé si sería peor, porque cuando yo les llamo “no le conoces, éste es el hijo de tal, ah, está bien, está bien” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

A este respecto, y en contraposición, los participantes con un nivel educativo mayor reflexionan sobre las ventajas e inconvenientes de que las personas que desarrollen las estrategias de sensibilización y prevención ante el VIH sean guineanos. En cuanto a los inconvenientes se señala que una de las grandes dificultades sería la preservación de la confidencialidad de las personas seropositivas, y ello debido a los mecanismos de control que existen como el congosá y el rumor alrededor del VIH. Además comentan que esta situación se agrava por el hecho de ser un país con pocos habitantes, con poco anonimato y mucho «control social» (Ross, 1926). Señalan, por tanto, que ello daría lugar a una pérdida del anonimato y confidencialidad de ser seropositivo.

La tercera estrategia que se valora, exclusivamente por el perfil de hombres con un nivel educativo mayor, han sido las campañas de prevención del VIH y sida realizadas. Tal y como se ha mencionado en párrafos anteriores, estas son valoradas muy negativamente dado que el contenido de dichas campañas ha dado lugar a una gran alarma social y dramatismo en la sociedad dado a su asociación con la idea de muerte. También critican la falta de precisión en los contenidos así como el lenguaje empleado y el hecho de que no sean expertos/as los que suelen desarrollar las campañas.

Y, por último, los participantes con un nivel educativo mayor valora una cuarta estrategia: los programas de radio emitidos sobre prevención del VIH y sida. Critican negativamente tres aspectos: la cobertura de las emisoras, la frecuencia de los programas y la cualificación de los locutores. Valoran negativamente la cobertura en la medida en que no llega a los poblados. Asimismo, critican el hecho de que se emitan una vez a la semana pues supone intervenciones puntuales que no generan cambios en la

mentalidad de la población. Por último cuestionan la poca formación y conocimiento de los locutores/as y por tanto la veracidad de la información que dan sobre el VIH y sida.

CAPÍTULO VIII. LAS VIVENCIAS CON EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VIH

8.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos centrales de la perspectiva fenomenológica es comprender los significados del mundo social así como el sentido de las acciones e interacciones de los sujetos sociales. De tal modo que, a partir de los significados de la experiencia social pueden aprehenderse los motivos de las acciones de los sujetos.

Acorde a los objetivos planteados en la tesis, 2.3 y 2.4, este capítulo tiene el propósito de describir las vivencias y experiencias de la población guineana con los servicios sanitarios de diagnóstico y tratamiento de la medicina moderna con la finalidad de aprehender los motivos y razones que llevan a las personas abandonar dicho proceso de diagnóstico. Asimismo, el análisis de las experiencias de las personas entrevistadas con estos servicios permite también identificar cuáles son las barreras de accesibilidad y utilización que perciben las personas entrevistadas en la realización del diagnóstico.

En el primer apartado del presente capítulo se describe el conocimiento que las personas entrevistadas tienen sobre el diagnóstico precoz. También se analizan las razones y motivos que llevan a la población a realizarse las pruebas clínicas para saber el estado serológico. El segundo apartado, describe la experiencia de las personas que han utilizado los servicios de diagnóstico con los distintos protocolos asistenciales implementados en los recursos públicos de la medicina moderna. En el tercer apartado se analiza la intervención psicosocial que han recibido las personas seropositivas tras conocer que son seropositivas. En el cuarto se describen las vivencias que las personas entrevistadas ante el diagnóstico. Y por último, en el quinto apartado, se analizan las experiencias de las personas seropositivas con el tratamiento del VIH.

En definitiva, la comprensión de los factores que interceden en la realización de las pruebas diagnósticas así como el porqué del abandono constituyen aspectos importantes a tener en cuenta en el diseño de políticas y estrategias eficaces, efectivas y eficientes en la extensión del diagnóstico precoz a toda la población y así que dichas estrategias estén adaptadas a la propia realidad de los sujetos. También el conocimiento sobre las barreras y facilitadores que interceden en la accesibilidad y utilización de los servicios de pruebas diagnósticas constituyen propuestas de mejora para la eficacia de las políticas implementadas en este campo.

8.2. EL DIAGNÓSTICO DEL VIH: “Entre el desconocimiento, la gravedad y el abandono”

8.2.1. LA INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO

En primer lugar, cabe aclarar que en relación a la dimensión de análisis diagnóstico de VIH se distinguen dos categorías. Una primera categoría de análisis la constituye el «diagnóstico precoz», entendida como medida preventiva del VIH y sida acorde a las recomendaciones internacionales dadas en el contexto de epidemia generalizada del país. Y la segunda categoría analítica la representa el «diagnóstico en general» del VIH, entendiendo dicha práctica sin la finalidad consciente de realizarse las pruebas clínicas de manera preventiva en términos de diagnóstico precoz.

En cuanto al «diagnóstico en general», un primer aspecto a comentar es el conocimiento que tienen las personas entrevistadas sobre esta cuestión. En términos generales, se pone de manifiesto que las personas entrevistadas sí conocen la existencia de unas pruebas clínicas para determinar si se tiene –o no– el virus. En palabras de las personas entrevistadas existen “unos análisis para ver la sangre”:

“Porque en el hospital, ahí te digo que puede hacer los exámenes para ver la sangre, yo no sé en otro sitio” (Mujer, no diagnosticada, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“Sí, sí en el centro Castaño la radio dice ahora que le gobierno te dice si tiene el sida” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“Me han dicho que... cuando me hacen análisis... él me ha, él me ha visto... virus eh... a mi sangre, me ha dicho esto, me ha mandao da... da...” (Mujer, seropositiva, abandono).

En segundo lugar, en relación a los aspectos concretos del «diagnóstico en general» que conocen las personas entrevistadas no seropositivas, una primera cuestión que se les preguntó fue cuáles eran los dispositivos sanitarios de la medicina tradicional o moderna que debían acudir para realizarse el diagnóstico. A este respecto, la mayoría comenta que la realización de las pruebas clínicas es un asunto propio de la medicina moderna. Concretamente, el dispositivo que más señalan de la medicina moderna como referente para la realización del diagnóstico es el Hospital General de Bata. A este respecto, algunas personas entrevistadas especifican que dichas pruebas clínicas se hacen en el pabellón número seis o en el pabellón número nueve del hospital:

“Sí, yo he visto que en el número seis se hace las pruebas del sida, hay mucha allí, yo he visto que están muy flaquitos” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“Porque en el hospital ahí te digo qué puede hacer, pero en las curanderías yo no sé...” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

A pesar de que hay otros dispositivos sanitarios en la medicina moderna que tienen servicio de diagnóstico, tales como los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Castaño y Almendro, estos apenas son mencionados por las personas entrevistadas. Tampoco se mencionan los dispositivos de la medicina moderna privada, como es el caso de los laboratorios privados que hay en la ciudad de Bata donde también se pueden realizar las pruebas diagnósticas.

De tal modo que se observan diferencias según los distintos perfiles entrevistados. Una primera diferencia se manifiesta entre los varones y las mujeres. Si bien algunas mujeres señalan que en los Centros de Tratamiento Ambulatorio también pueden realizarse las pruebas clínicas, los varones solo refieren el Hospital General de Bata. Una posible explicación de esta diferencia puede consistir en la implementación de protocolos obligatorios de detección precoz en los servicios prenatales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio. Ello ha podido dar a conocer que en estos centros también se realizan las pruebas clínicas. Otra diferencia observada consiste en el hecho de que dentro del perfil de participantes de medicina tradicional, algunos y algunas desconocen dónde ir para realizarse las pruebas del VIH y sida. A este respecto, este perfil de participantes señala que nunca han oído hablar de ello en los Puestos de Salud del poblado donde viven. De tal modo que, cuentan que en estos dispositivos no pueden realizarse el diagnóstico:

“Ummm... sí, yo le entiendo, no sé usted me puede decir dónde ir, no sabemos por aquí si donde mirar la sangre para esa enfermedad de abuso” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“No, aquí no se puede, no sé en Bata en el hospital si hay doctores que pueden decirte la enfermedad pero aquí no” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Una segunda dimensión que se exploró, dada su importancia como barrera o facilitador en la realización voluntaria del diagnóstico, fue el coste económico de las pruebas clínicas. A este respecto, cabe recordar, tal y como fue mencionado en el capítulo tercero, que desde el año 2003 en Guinea Ecuatorial las pruebas diagnósticas son ofrecidas gratuitamente a toda la población.

En relación al conocimiento que la población entrevistada tiene sobre la gratuidad de las pruebas clínicas, la mayoría de las personas apenas menciona este aspecto en sus discursos. En gran parte, ello se debe a la falta de información sobre el diagnóstico precoz que se tiene y al desconocimiento sobre la gratuidad de realización de las pruebas clínicas en los dispositivos sanitarios públicos. De modo que, cuando en el transcurso de las entrevistas las personas conocen que las pruebas son gratuitas comentan que nunca habían oído hablar de ello. No obstante, algún participante sí menciona este aspecto, es decir sí sabe que las pruebas clínicas son gratuitas. Según explican ello se debe al hecho de haberse realizado las pruebas diagnósticas:

“Sí, son gratis las analíticas, por allí en Castaño, en las monjas blancas yo me las hice gratis” (Varón, seropositivo, 2009).

En cuanto a la realización del «diagnóstico precoz» como medida preventiva del VIH y del sida, ninguna de las personas afirmaron conocer que se tratara de una recomendación preventiva. Desconocen que se recomiende a toda la población, independientemente de haber adquirido o no prácticas de riesgo, realizarse el diagnóstico de VIH una vez al año. Ahora bien, esta falta de conocimiento sobre el diagnóstico precoz es coherente, y acorde al hecho de que hasta la fecha aún no se han llevado a cabo en el país ninguna acción, campaña o programa para poner en marcha dicha recomendación. De modo que, no es de extrañar, que ningún participante señale haberse realizado las pruebas diagnósticas con esta finalidad, es decir que se haya realizado el diagnóstico precoz.

Ahora bien, en la medida en que hay participantes que han demandado voluntariamente la realización de las pruebas clínicas, a pesar de no tener sospechas de tener infección, y de tener un buen estado de salud, puede considerarse que estas personas se han realizado el diagnóstico precoz. Estos participantes cuentan que voluntariamente demandaron las pruebas diagnósticas porque cada cierto tiempo revisan su salud. Estas personas corresponden con el perfil de participantes que tienen un nivel educativo mayor:

“Me fui en la clínica Espoir Litoral, sí me dijeron que eso es negativo” (Varón, nivel educativo mayor, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“No, es que no sé, no tengo, porque mínimamente yo hago revisiones cada mes” (Varón, nivel educativo mayor, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Con el desarrollo de las entrevistas y grupos de discusión las personas entrevistadas obtienen información sobre esta medida preventiva. Y algunos/as muestran su interés por realizarse el diagnóstico preguntando a la moderadora dónde y cómo pueden realizarse las pruebas clínicas. Otros participantes, sin embargo, valoran que dicha medida preventiva tiene una eficacia limitada, pues siguen existiendo riesgos que escapan del control de las personas:

“Pero dos meses es un tiempo ya demasiado, porque a usted le pueden hacer análisis ahora y sale negativo, pero si usted incurre en un error treinta minutos después se queda contagiado. Por eso, por el momento, no puedo decir si estoy ileso o que estoy ya metido porque debo hacer otra análisis para confirmar si estoy bien o ya estoy ya contaminado ” (Varón, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

8.2.2. RAZONES DEL DIAGNÓSTICO

En este apartado se describen las razones que llevan –o no– a las personas entrevistadas a realizarse el diagnóstico.

En cuanto al segmento de personas entrevistadas que dicen ser no seropositivas, la mayoría señalan que nunca se han realizado las pruebas clínicas para saber si tienen o no VIH. Ante esta cuestión, algunas personas plantean dudas al respecto, pues explican que desconocen si las analíticas que les realizaron en las consultas en el Hospital General de Bata tenían relación con el VIH y sida:

“Yo el, el último día que estuve en hospital, el carnet que me mandaron para hacer el test, el, la última vez que yo estuve hospital general me mandaste para hacer el test este, pero no sé si me hicieron VIH y sida pero cogieron mi sangre así, como hacen la, pero solo yo, pedía los papeles había” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“No sé, si las analíticas que me hacen los médicos cubanos puede verse si tengo la sangre infectada, si tengo la enfermedad, no lo sé” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En términos estrictos, no puede afirmarse que las personas que dicen no ser seropositivas, y no haberse realizado nunca las pruebas, no tengan VIH, pues se desconoce clínicamente cuál es su estado serológico. Ahora bien, estos casos de entrevistados/as que dicen que nunca se han realizado el diagnóstico no aluden a las razones del porqué de ello.

Entre las personas entrevistadas que nunca se han realizado las pruebas clínicas, predomina el

perfil de participantes que vive en poblados cercanos a Bata y que practican la medicina tradicional, independientemente de ser varón o mujer. No obstante, cabe mencionar el caso de un varón entrevistado con estas características, que explica haber demandado voluntariamente las pruebas clínicas. Según cuenta dicha demanda fue realizada por la recomendación de un agente de salud del poblado:

“Pero algunos, algunos solo nos llamaron ahí para que toda la gente que quiera que lo vayan a verificar incluso nos vienen a encontrar en los centros de colegios y todo. Entrevistadora: Uhum ¿fuiste al hospital? ¿por qué enfermedad? C: No me fui para ninguna enfermedad, solo para ir a verificar si lo tengo, si tengo sida” (Varón, con diagnóstico, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Dada la existencia de protocolos obligatorios de diagnóstico en los servicios asistenciales prenatales de la medicina moderna, ya sean públicos o privados, llama la atención las pocas mujeres entrevistadas que residen en poblados cercanos a Bata que afirman haberse realizado las pruebas clínicas del VIH. Una explicación de ello se halla en que las prácticas para el cuidado y protección de la salud, y la enfermedad, en este perfil de mujeres están más orientadas a los recursos de la medicina tradicional. Un motivo de ello se deriva de la falta de accesibilidad de los dispositivos sanitarios modernos, bien por la falta de cobertura de estos dispositivos en los poblados y/o por la lejanía de estos dispositivos. De tal modo que, la mayoría de las mujeres que residen en los poblados cuentan que no asistieron a los servicios prenatales ni parieron en dispositivos sanitarios de la medicina moderna sino a través de parteras tradicionales. De ahí que durante el trabajo etnográfico se observara como en los poblados había curanderías específicamente destinadas para que las mujeres guineanas pariesen:

“No, no, no vamos a Bata a sacar el bebé, nosotras aquí con la curandería, cerca del poblado hay para bebés” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En cuanto a las personas no seropositivas que señalan tener un diagnóstico negativo de VIH, se pone de manifiesto dos escenarios posibles: 1. Haberse realizado las pruebas clínicas como consecuencia de una demanda voluntaria. 2. Haberse realizado las pruebas clínicas por la aplicación obligatoria de protocolos de diagnóstico ante sospecha clínica. No obstante, cabe mencionar que se observan diferencias en función de determinadas variables sociodemográficas.

En relación a la demanda voluntaria, se pone de manifiesto que las personas que se han realizado las pruebas diagnósticas voluntariamente son pocas. De modo que son escasos los casos de varones y

mujeres que relatan haber decidido solicitar voluntariamente el diagnóstico de VIH en cualquiera de los dispositivos asistenciales de la medicina moderna. Algunos de estos casos corresponden, tal y como se mencionó en el apartado anterior, con el perfil de entrevistados con un nivel educativo mayor y que residen en Bata.

Asimismo, otro de los participantes que dice haber demandado voluntariamente las pruebas diagnósticas, relata que fue consecuencia de que se lo recomendaran en su centro de trabajo, en Aldeas Infantiles:

“Yo llevo dos meses... que me lo acabo de hacer ¿no? En nuestro centro de salud, en nuestro proyecto de trabajo nos dicen” (Varón, seropositivo, 2009).

Respecto a los casos de mujeres que cuentan haber demandado voluntariamente las pruebas diagnósticas, las razones que argumentan son el mal estado de salud que padecían. Relatan que específicamente el hecho de “estar flaquita” les condujo a la sospecha de tener sida:

“Debilidad, debilidad, yo era demasiada flaquita, como si fuera como alguien que no come, delgadita, sin peso...” (Mujer, seropositiva, 2004).

En segundo lugar, en relación a las personas seropositivas que se realizaron el diagnóstico por la aplicación de protocolos obligatorios de diagnóstico cabe mencionar las diferentes situaciones que dieron lugar a ello. En los casos de los varones, independientemente del hábitat donde residan, los protocolos fueron aplicados en el entorno hospitalario. Específicamente se aplicaron los protocolos obligatorios de diagnóstico de los servicios de quirófano y los protocolos obligatorios de diagnóstico por donación de sangre.

En el caso de las mujeres, se ponen de manifiesto diferencias en función de determinadas variables como la edad y el hábitat de residencia. Respecto a la edad se evidencia que a mayor edad menor es el número de mujeres diagnosticadas. Una de las posibles explicaciones reside en la no asistencia a los servicios sanitarios prenatales donde se ubican los protocolos de diagnóstico obligatorios. Por otro lado, otra diferencia se basa en que si bien en el caso de las mujeres que residen en Bata, la mayoría han sido diagnosticadas de VIH como consecuencia de la aplicación de protocolos obligatorios, las mujeres que residen en poblados no. Aunque a este respecto cabe mencionar el caso de dos mujeres de la medicina tradicional que comentan haberse realizado las pruebas por protocolo obligatorio en las consultas de prenatal. De tal modo que, muchas de las mujeres que dicen estar diagnosticadas ha sido consecuencia del

protocolo obligatorio de diagnóstico precoz establecido en los servicios prenatales, aunque algunos diagnósticos fueron resultado de la aplicación de protocolos obligatorios en los servicios quirúrgicos.

En cuanto a las razones que condujeron a las personas seropositivas a la realización de las pruebas clínicas, cabe mencionar las diferencias que se establecen según las distintas variables sociodemográficas. En primer lugar, en relación a la demanda voluntaria del diagnóstico, se pone de manifiesto una mayor demanda en los varones del perfil poblacional diagnosticado en el año 2009. Y, en segundo lugar, se observa que se produce una mayor demanda voluntaria de las pruebas clínicas en las mujeres que en los varones.

Ahora bien, cabe resaltar las diferencias que se producen en cuanto a las condiciones que propician el diagnóstico entre los varones y las mujeres entrevistadas. Si bien en la mayoría de los casos de los varones seropositivos, la condición de entrada en el proceso de diagnóstico fue padecer un estado de salud grave, la mayoría de las mujeres seropositivas inician el itinerario asistencial para el diagnóstico con un estado de salud menos deteriorado:

“Porque yo estuve muy grave, y estaban, eran las tres de la madrugada, casi aquí ya no me podían atender y allí está abierto día y noche” (Varón, seropositivo, abandono).

“Llevo 3 años que me detectaron VIH en el hospital, porque yo estaba muy enfermo...” (Varón, seropositivo, 2004).

De modo que la mayoría de los varones entrevistados fueron diagnosticados por la aplicación de protocolos de diagnóstico obligatorios en la red de dispositivos de la medicina moderna. A este respecto, la mayoría señala que fue a raíz de su ingreso en el servicio de urgencias del Hospital General de Bata o del Hospital La Paz cuando se les diagnosticó. Relatan que tenían un estado de salud que percibían como muy grave debido al dolor intenso y a las altas fiebres que padecían en sus cuerpos:

“Vine al hospital, me recetaron... ¿cómo se llama esa medicina? Quinina. Después de algo de 20 inyecciones, después de todo eso, me quedé casi totalmente sordo, sordo, sordo sin oír nada, me dolían las articulaciones, casi me quedé sin andar, me cargaron, me llevaron allí” (Varón, seropositivo, abandono).

“Llevaba un bulto que había durado mucho tiempo, me empezaba a doler más, los facultativos decían que era hernia. Según ellos, si me operaban el bulto desaparecerá. Me operaron el día 30 de 2006. Sinceramente, yo salí del hospital con más síntomas del bulto. Sinceramente, yo estaba mal. Y ya después, con varios análisis ya detectaban que yo llevaba VIH” (Varón, seropositivo, abandono).

Por tanto, en la mayoría de estos casos el sistema sanitario moderno, ante sospecha clínica, pone en funcionamiento protocolos obligatorios de detección del VIH. En unos casos, se aplica el protocolo obligatorio en la unidad quirúrgica por intervención de hernia o apendicitis y, en otros, se aplica por sospecha ante un diagnóstico de sífilis o tuberculosis.

En contraposición, tan solo dos entrevistados señalan que se realizaron el diagnóstico en los Centros de Tratamiento Ambulatorio o por derivación del Hospital la Paz.

Respecto al perfil de varones seropositivos que voluntariamente demandaron las pruebas clínicas para saber si tenían o no el virus, cabe señalar que estas personas corresponden con el perfil de personas seropositivas que fueron diagnosticadas con el protocolo de actuación del diagnóstico del año 2009. Según cuentan asistieron “voluntariamente” a los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Castaño y Almendro para demandar las pruebas clínicas. A diferencia del resto de los varones diagnosticados, estas personas gozaban de un estado de salud bueno cuando se realizaron las pruebas. Sin embargo, cuentan que acudieron a estos centros para solicitar el diagnóstico por la presión que sus mujeres ejercieron para que se lo realizaran; algunos comentan que dicha presión se debió a sospechas de coinfección por tuberculosis; en otros casos la presión de las mujeres tuvo una finalidad preventiva. También señalan que oyeron en la radio que el diagnóstico era gratuito y ello les animó a demandar las pruebas. Por otro lado, una las personas entrevistadas relata que acudió voluntariamente a demandar las pruebas diagnósticas al Centro de Tratamiento Ambulatorio de Castaño por tener sospecha clínica ante el diagnóstico positivo de su mujer:

“Acudí voluntariamente, creo que lo pone... porque me lo exigió una, para poder estar con ella tenía que hacerme las pruebas de VIH” (Varón, seropositivo, 2009).

Por tanto, algunos de los varones entrevistados valoran positivamente la presión que ejercieron las mujeres, y recomiendan como estrategia para la extensión del diagnóstico precoz de VIH trabajar conjuntamente con las mujeres para que sensibilicen a los hombres:

“Hombre, me parece que hay un buen método también, que es que las mujeres obliguen a sus parejas a que vayan, es un método muy eficaz ” (Varón, seropositivo, 2009).

En contraposición, en las mujeres seropositivas se produce una mayor demanda voluntaria de las pruebas diagnósticas del VIH que en los varones seropositivos. Tal y como se ha mencionado en párrafos anteriores, las circunstancias que motivaron el diagnóstico son diferentes a la de los varones entrevistados.

Ello se debe a que, independientemente de los diferentes perfiles que puedan pertenecer, las mujeres tienen una mayor percepción del riesgo de poder padecer VIH, tal y como se analizó en el capítulo anterior. Por otro lado, el que la mujer guineana tenga una mayor socialización con los servicios sanitarios modernos debido a los roles de género, facilita que el sistema sanitario pueda realizar un diagnóstico precoz de VIH.

De modo que, cinco de las mujeres seropositivas entrevistadas acudieron voluntariamente al sistema sanitario para demandar las pruebas diagnósticas. La razón que causó esta demanda voluntaria fue la sospecha clínica de padecer el virus. En algunos casos, las mujeres relatan que esta sospecha se basó en el hecho de que sus maridos fueron diagnosticados de VIH, y en otros casos porque tenían un estado de salud deteriorado. Por tanto, ante estas circunstancias, estas mujeres acuden a los dispositivos sanitarios modernos para demandar “las pruebas del sida”:

“Los primeros días que estuve con él, que hemos estado, los primeros contactos sexuales fueron antes y ahora fuerte eran subiendo, bajando, cada dos noches que hemos tenido contacto me siento muy débil, no puedo levantar, muy débil, muy débil, no... muy débil [] entonces, yo le preguntaba de que bueno, eso me ocurre no sé, porque cada vez, a veces yo pensaba de que quizá iba a por... iba a coger embarazo, quedarme embarazada con esa debilidad. Así que empecé a sospechar” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Bueno le hicieron las pruebas a mi marido y le salió que tiene la sangre infectada. Entonces el doctor le dijo que si tenía mujer tenía que ir a lo hospital para ver que estaba pasando en mi sangre” (Mujer, seropositiva, 2004).

En términos generales, en relación a las condiciones de entrada del diagnóstico de las mujeres seropositivas entrevistadas, la mayoría no tenían un estado de salud tan deteriorado y grave como el de los varones entrevistados. A este respecto, cabe señalar que un hecho que favorece y contribuye a ello es la implementación de protocolos obligatorios de diagnóstico de precoz en los servicios de atención prenatal. De modo que, muchas de las mujeres entrevistadas fueron diagnosticadas en estos servicios e iniciaron el itinerario desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Castaño y Almendro:

“Porque yo he ido para mi bebé y me han dicho que... cuando me hacen análisis... él me ha, él me ha visto... virus eh... a mi sangre, me ha dicho esto, me ha mandao da, da... [] me ha llamado al centro Castaño para hacer otro análisis, allí me ha dado resultado, después yo soy aquí a Almendro” (Mujer, seropositiva, 2009).

Por tanto, si en la mayoría de los hombres entrevistados el itinerario asistencial se inicia en los

servicios de urgencias del Hospital General de Bata, en las mujeres entrevistadas se inicia en las consultas de los Centros de Tratamiento Ambulatorio o en la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Bata.

Ahora bien, en líneas generales, se pone de manifiesto que apenas se producen derivaciones de otros dispositivos sanitarios de la medicina moderna, como los puestos de salud, las farmacias, los consultorios privados, las clínicas privadas o los Centros de Tratamiento Ambulatorio como tampoco de la medicina tradicional. Sin embargo, a pesar de las pocas derivaciones producidas, dos personas entrevistadas accedieron a estos servicios por la derivación de otros dispositivos asistenciales de la medicina moderna. Uno de los casos fue desde la Clínica la Paz y otro de los casos fue desde el Hospital de *MiKomiseng* a la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas.

8.3. LA ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO

En este apartado se exponen los resultados obtenidos de las personas que han sido diagnosticadas tanto con el proceso asistencial implementado con el protocolo del año 2004 como con el protocolo asistencial de diagnóstico del año 2009. Debido al escaso número de personas que siendo no seropositivas han sido diagnosticadas, estos resultados se centran en la experiencia de las personas seropositivas entrevistadas. Ahora bien, dentro del segmento poblacional de personas seropositivas se hallan dos perfiles: las personas que fueron diagnosticadas con el protocolo del año 2004 y las personas que fueron diagnosticadas con el protocolo del año 2009. A este respecto, cabe señalar que se observan diferencias en función de estos perfiles, pues los elementos y aspectos que destacan de su experiencia con el proceso asistencial difieren. En líneas generales, una de las diferencias principales consiste en que si bien en los discursos de las personas diagnosticadas con el protocolo del año 2004 cobra mucha centralidad las pruebas clínicas en el proceso asistencial, en las personas diagnosticadas con el protocolo del año 2009 este elemento apenas emerge en sus discursos. En gran medida ello se debe, tal y como se expone a continuación, a la implementación del test rápido en el proceso asistencial del diagnóstico.

8.3.1. PROCESO ASISTENCIAL DEL DIAGNÓSTICO CON EL PROTOCOLO 2004⁷⁷

A continuación se exponen los resultados obtenidos en cuanto al discurso de las personas que accedieron a los servicios de pruebas diagnósticas antes del año 2008, tanto si abandonan como si continúan en los servicios sanitarios de diagnóstico.

Este perfil de personas entrevistadas describen cómo fue el proceso asistencial que experimentaron y vivieron para obtener el diagnóstico de VIH. Y a este respecto, señalan por orden de frecuencia los siguientes elementos: las pruebas clínicas, los medicamentos y el médico.

8.3.1.1. LAS ANALÍTICAS: “Los papeles”

El primer elemento que aparece en los discursos cuando se les pregunta por el proceso asistencial del diagnóstico es la realización de pruebas clínicas; “las analíticas” y “los papeles”. A este respecto, cabe señalar que no se observan diferencias según el sexo de las personas entrevistadas ni tampoco según el lugar donde iniciaron el proceso asistencial del diagnóstico, ya sea en el Hospital General de Bata o en los Centros de Tratamiento Ambulatorio. De modo que “las analíticas” es el elemento que más se repite en los discursos, frente a otros elementos que configuran dicho proceso asistencial, tales como el *counselling*, la relación médico-paciente, la calidad de la atención médica:

⁷⁷ El protocolo del año 2004 fue el primer proceso asistencial implementado en los servicios sanitarios del país, en concreto en las Unidades de Referencia de Enfermedades Infecciosas en el Hospital General de Bata y Malabo, posteriormente en hospitales comarcales, para la realización de las pruebas diagnósticas y para el tratamiento terapéutico. El proceso asistencial, en cuanto al diagnóstico, estaba definido por la asistencia del paciente al servicio en al menos tres momentos diferentes para poder conocer su estado serológico. El primer acto es la realización de la prueba Elisa. Debido a que un resultado positivo en la prueba de detección Elisa no garantiza un 100% que la persona tenga la infección por VIH, pues hay ciertas afecciones que pueden interceder en un resultado de falso positivo, como la enfermedad de Lyme, la sífilis, el lupus, hay que realizar una segunda prueba. Por tanto, una prueba Elisa positiva siempre va seguida de una prueba de inmunotransferencia, es decir de la prueba del Western Blot que, de ser también positiva, confirma una infección por VIH. Una inmunotransferencia negativa significa que la prueba ELISA fue un examen falso positivo. La inmunotransferencia también puede ser poco clara, en cuyo caso, se hacen pruebas adicionales. Las pruebas negativas no descartan la infección por VIH. Existe un período de tiempo, llamado “ventana inmunológica”, entre la infección por VIH y la aparición de anticuerpos anti-VIH detectables. Durante este período, los anticuerpos por lo regular no se pueden medir. Si el profesional tiene sospecha de infección por VIH aguda y temprana, se necesitarán otras pruebas (como carga viral para VIH) para confirmar este diagnóstico, debido a que el ELISA y la inmunotransferencia para detección de VIH pueden ser negativos durante este período de ventana inmunológica. Si una persona tuviera la infección aguda o la infección primaria por VIH y estuviera en el “período de ventana inmunológica”, un ELISA y una inmunotransferencia para VIH negativos no descartarían dicha infección. Se necesitarían más pruebas para diagnosticar VIH.

CD4: El recuento de una clase de glóbulos blancos (linfocitos CD4) es un factor importante en la decisión de empezar el TAR. Un recuento de linfocitos CD4 bajo o declinante indica que el VIH está avanzando y perjudicando el sistema inmunitario. Una disminución rápida de los linfocitos CD4 incrementa la urgencia de empezar el TAR.

“Mmm... solamente va... viene recetas, análisis, me van hacer análisis, van a enseñar... otras mujeres están ahí, eh... como blanco así, ellas me dijo de que como no hace falta para ponerlo en... en registro. Tengo que esperar por eso el, es la... va a venir ahí a estas fechas me van hacer análisis, después me pones esto y cuando van a terminar me pone eso, cuando vas a hacer más análisis...” (Mujer, seropositiva, abandono).

“En su clínica, que... eres el sero, en su consultorio, doctor privado, era privado, pero me fui a mandar, me mandó allí arriba al hospital general para hacerme el control, traje los resultados, como... y él me dijo” (Varón, seropositivo, 2004).

Por tanto, el discurso sobre el proceso asistencial del diagnóstico queda mayoritariamente reducido y focalizado a este elemento. En relación a los aspectos que señalan de este elemento son: 1. El número de pruebas clínicas. 2. La accesibilidad de las pruebas. 3. El itinerario de las pruebas diagnósticas. 4. El tiempo de espera de los resultados. 5. La fiabilidad de los resultados. 6. La confidencialidad:

“Sí, entonces al ir el médico me mandó los análisis, es cuando me descubren el virus, entonces ahí nada, pero más o menos me operaron, después de operarme vine para seguir el segui... para seguir el seguimiento de, de esos tratos, mandaron el...⁷⁸ trajeron estos [] [] estos papeles, las confirmaciones, todo hay aquí, hay aquí todo esto... []” (Varón, seropositivo, 2004).

Respecto al primer aspecto, las pruebas clínicas, la mayoría de las personas entrevistadas comentan el número de analíticas que tuvieron que realizarse. En este sentido, señalan que fueron varias las analíticas que se realizaron, y en momentos diferentes, para conocer si padecían o no el virus. También relatan que acudieron en más de una ocasión al servicio de diagnóstico para poder tener un diagnóstico. A este respecto, existen diferentes valoraciones en los discursos de las personas entrevistadas:

1. Valoración aséptica: Se menciona que fueron muchas las analíticas realizadas pero sin comentarios y calificativos peyorativos. Se relata neutralmente.
2. Valoración crítica: Se menciona negativamente el tener que haber realizado muchas analíticas. Este aspecto no es identificado en sí mismo como una razón de abandono de los servicios de diagnóstico, aunque sí es uno de los aspectos que dificulta la utilización y

⁷⁸ Saca y desdobra unos papeles que le enseña a la entrevistadora en el momento de la entrevista.

continuidad de los servicios de pruebas diagnósticas del VIH. No obstante, cabe mencionar que este aspecto junto al tiempo de espera para recoger y realizar otras pruebas diagnósticas sí constituyen causas de abandono en un entrevistado.

En cuanto al segundo elemento, la accesibilidad de las pruebas diagnósticas, hay que señalar que este aspecto tan solo es mencionado por el perfil de personas que acceden y abandonan los servicios de pruebas diagnósticas y tratamiento del VIH. Algunos entrevistados comentan que ello ha sido una de las causas del abandono del servicio, debido a las dificultades para ir a la cita de las pruebas clínicas por la lejanía geográfica, pues vivían en el interior del país:

“Vale, tuve, tuve viaje y tenía que irme al centro Castaño y tenía la cita allí... tenía que irme allí el día 3 de diciembre, estuve de viaje, estuve de viaje, que yo, como yo no... tengo trabajo, estoy trabajando por mí mismo, soy comerciante. Estuve en el interior” (Varón, seropositivo, abandono).

De modo que, en las personas entrevistadas se pone de manifiesto que el hábitat donde se reside y la distancia geográfica constituye una barrera para la continuidad en el proceso asistencial del diagnóstico.

Un tercer aspecto que se señala, es el itinerario asistencial de las pruebas diagnósticas. A este respecto, llama la atención que a pesar que en ocasiones se producen derivaciones entre los distintos dispositivos de la medicina moderna, bien sea del Hospital General de Bata a la Clínica la Paz, o incluso del Hospital de *MiKomiseng* al Hospital General o de los Centros de Tratamiento Ambulatorio al Hospital General, no se perciben ni se valoran negativamente. De tal modo que, estas derivaciones no son identificadas por ninguna de las personas entrevistadas como una barrera en la utilización de los servicios de pruebas diagnósticas. Este aspecto, por tanto, aparece mencionado en los discursos de forma neutral.

Asimismo, otro elemento que suele aparecer con mucha frecuencia en los discursos de las personas entrevistadas, independientemente de que se abandone o no el proceso asistencial del diagnóstico, son los tiempos de espera o el tiempo transcurrido para conocer los resultados de “las analíticas”. Este es el aspecto más señalado en relación a las pruebas diagnósticas. De modo que, narran que el tiempo de espera entre unos resultados y otros ha sido mucho. Hacen énfasis, específicamente, en el tiempo de espera para la confirmación del diagnóstico, “la analítica” o del CD4 que se envía a España:

“Todo esto son análisis, todo los que me mandan cada tiempo y luego, luego voy a un análisis, me dan un análisis luego aquí hay todo eso, los análisis hasta hay uno que como ya me había cansado está sin abrir aquí, está hasta ahora ya lo ves, vete el análisis, no voy a hacer más gasto de tinta, este es el resultado del análisis que me mandaron últimamente y.... hasta ahora no lo he leído ni he ido a ver al médico, cuando vas allí todo un día tú estás allí dos días, tú vas, el médico no te recibe ” (Varón, seropositivo, abandono).

“Hace mucho, hace mucho, si tengo esos papeles ahí, estoy en La Paz para primera vez y me dijeron de que tengo virus, he venido más aquí al hospital, me dijeron lo mismo, hasta me dieron tiempo algo de tres meses para esperar los resultados que se suelen mandar a [] fuera del país, he estado algo de 7 u 8 meses esperando, no tengo ninguna solución” (Varón, seropositivo, abandono).

“Pero lo que sí, si me dicen en el hospital que tengo virus, que me hagan el tratamiento, y cuando quiero irme para hacer tratamiento, no hay el aparato de CD4. Entonces el año 2008, mes de diciembre me hicieron el CD4, me dijeron: “Tú ya debes hacer tratamiento porque las defensas están ya muy bajas”. Eso es lo que yo estaba esperando. En el mes de enero me comenzaron el tratamiento por dos semanas” (Varón, seropositivo, 2004).

A este respecto, algunos/as señalan que el tiempo de espera ha sido en torno a los 3 meses, otros/as 45 días, e incluso hay quien dice seguir aún esperando los resultados. En relación a este aspecto, cabe mencionar que se observan diferencias según el sexo de las personas entrevistadas, ya que los varones son más críticos que las mujeres en la valoración que emiten sobre los tiempos de espera. Este aspecto constituye para algunos de los varones entrevistados una de las causas de abandono del servicio de diagnóstico y seguimiento del VIH y, por tanto, a su vez, una barrera en el uso y la utilización de estos servicios.

El tiempo de espera, y en concreto en relación a la prueba confirmatoria, es un elemento que también ha sido criticado por la mayoría de las personas no seropositivas que sí se habían realizado las pruebas clínicas. A este respecto, participantes del perfil de medicina tradicional señalan la falta de confirmación de los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas. Cuentan que los profesionales sanitarios del Hospital General de Bata nunca les comunicaron y confirmaron los resultados de las pruebas diagnósticas, y por tanto desconocen si realmente a día de hoy son –o no– seropositivos:

“Casi en el hospital, y también hay algunos que... casi como operación, en el campo también hicieron algo allí pidieron un papel, un papelito yo tengo en casa, pero nada yo no sé si soy o no, no, no me lo confirmaron” (Varón, seropositivo, abandono).

“Bueno aparte yo tengo papeles, yo tengo los papeles en casa, sin saber lo que pasa, yo traer aquí de saber que usted venía” (Varón, seropositivo, abandono).

Los participantes con mayor nivel educativo valoran que ello es consecuencia de la falta de aparatos existentes en el Hospital General de Bata. Asimismo, señalan la escasez de personal sanitario para atender a la población y ofrecer las explicaciones e información pertinente a los pacientes. En relación a la confirmación del diagnóstico, estos participantes mencionan que un aspecto clave que los profesionales sanitarios deben tener en cuenta es la aceptación de los resultados positivos. A este respecto, explican que en Guinea Ecuatorial muchas personas rechazan los resultados positivos por las connotaciones que conlleva la "enfermedad" en el país, pues por un lado, connota muerte y, por otro, abuso sexual. Cuentan que, en algunos casos, cuando se produce rechazo y negación del resultado positivo del diagnóstico, el paciente abandona el entorno hospitalario hacia las curanderías con el objetivo de buscar otro diagnóstico que le libere de toda la culpa y le devuelva la vida.

En cuanto a la fiabilidad de los resultados de las pruebas diagnósticas, casi la mitad de las personas entrevistadas cuestionan la fiabilidad obtenida de los resultados de las analíticas. En relación a ello, una de las mujeres entrevistadas relata el caso específico de su marido. Narra que su marido acudió al Hospital General de Bata por sentirse muy enfermo, le realizaron las pruebas y no detectaron ninguna enfermedad. Sin embargo, debido a que su estado de salud continuaba estando muy grave, al mes siguiente le repitieron las pruebas obteniendo un resultado positivo. Asimismo, otra de las mujeres seropositivas entrevistadas cuenta que esta misma situación le ocurrió a ella, pues la primera vez que le realizaron las pruebas dio negativo, y tres meses más tarde obtuvo un resultado positivo. Este caso pone de manifiesto la posibilidad que existe en el diagnóstico de casos de falsos negativos en la determinación de anticuerpos anti-VIH como consecuencia del intenso deterioro inmunitario (Ortiz, Ortega Lafont & Eiros, 2012). También cabe mencionar la otra posibilidad existente, un diagnóstico de falso positivo por la primoinfección, es decir lo que se denomina el periodo ventana de dos a cuatro semanas de duración, caracterizado serológicamente por la ausencia de anticuerpos y la presencia de antígeno p24 (Ortiz et al., 2012). De ahí que uno de los varones entrevistados relate que fue diagnosticado en un primer momento como seropositivo, incluso llegó a tomar tratamiento, y que posteriormente su diagnóstico positivo fue refutado en dos ocasiones por los servicios sanitarios guineanos:

“Sí, estaba tomando comprimidos, y luego, mes de febrero, me dieron recetas para tomar medicamentos por un mes. Yo estaba tomando medicamentos, pero mi salud iba de peor a pésima. Ya cuando abandoné el hospital me fui a La Paz, me hice los análisis... Iba mal, iba mal. Me fui a La Paz el 19 de febrero []. En el sentido de la enfermedad, la enfermedad superaba ya, y me hicieron también análisis de VIH, pero fue negativo. Después que me operaron, volvieron... hacerme otra prueba de VIH, también fue negativo, allá en La Paz...” (Varón, seropositivo, 2004).

Este suceso, o la posibilidad de casos de falsos positivos, también fue señalado por un entrevistado para cuestionar la fiabilidad de los resultados obtenidos de su diagnóstico. A este respecto, algunas personas mencionan que en Bata se conocen más casos de personas que han sido diagnosticadas como seropositivas, y posteriormente en los servicios sanitarios europeos han refutado dicho diagnóstico positivo:

“A las cuatro personas que le hicieron los análisis aquí, después de ir a otro sitio, hicieron los mismos análisis, resultado negativo” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

Este aspecto fue también criticado por algunos participantes con un nivel mayor de formación. A este respecto, un participante duda de la fiabilidad de sus resultados, a pesar de que estos dieran negativos, dada la poca fiabilidad de las pruebas diagnósticas. De modo que los discursos de las personas entrevistadas refieren casos de personas que han sido diagnosticadas como falsos seropositivos y viceversa:

“No, no, no estoy excepto, solo que no me fio tampoco <<<. Es verdad, de los diagnósticos que se nos hacen aquí no son fiables <<<” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Sí, porque vas hoy y te dicen que no, mañana cuando vas, ya dicen, ya tienes” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Y, por último, se señala la confidencialidad de los resultados del diagnóstico. Este elemento fue mencionado más por el perfil de personas no seropositivas que seropositivas. Dicho aspecto emerge espontáneamente en la mayoría de los grupos de discusión. En términos generales, critican o no entienden por qué los profesionales sanitarios tratan con “secretismo” los resultados positivos de las pruebas diagnósticas. Algunos participantes con un nivel educativo mayor comentan que la forma que tienen los profesionales de comunicar los resultados del diagnóstico, en voz baja y aislando al paciente de su entorno familiar, genera más alarma y preocupación al paciente y sus familiares sobre la “enfermedad”:

“Sí, porque no es una enfermedad normal como el paludismo... cuando en el hospital los doctores, los doctores informan a los familiares tienen cara blanca, lo dicen a los familiares en voz baja y el enfermo tiene derecho pero no lo sabe. No sé, puede explicarme por qué no puede decir al enfermo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

El derecho a la confidencialidad que existe sobre el diagnóstico de VIH ha sido criticado por algunos entrevistados, debido a que ello ha dado lugar a que las personas puedan ocultar su seropositividad y, por tanto, ir contagiando el VIH. A este respecto, un entrevistado responsabiliza a los profesionales sanitarios de ello, pues comenta que finalmente son los que inician y permiten este derecho:

“Sí los médicos lo que deben hacer, cuando uno ya tiene esa enfermedad, ya tiene sida ya está afectado... eso de ocultar sin decir nada a la población, yo creo que eso también se puede mirar en un punto de vista muy muy amplio, porque si los médicos no dicen a la gente “tú ya tienes”, porque yo tengo un ejemplo de verdad un tío mío que tenía esto, ¿y qué pasa? empezaba a mentir “no, no es verdad” donde se iba en las curanderías. Pero eso de ocultar a todos, porque no sabemos en Guinea quien tiene SIDA, no sabemos, salvo los médicos y dicen que no se puede difundir esta información, ¿perjudican a quienes? a los médicos, perjudican a nosotros, porque no revelan la información. Yo creo que habría que mirar, no sé, no quiero atacar a ningún ninguna parte pero, con esta observación, que los agentes sanitarios deben mirar muy bien sobre este aspecto” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“Tenéis que citar, hacerse, a ponerse en un sitio ¿eh? Como se... como se hacía la lepra. La gente que se han infectado de lepra ¿ah? Se les pone en un sitio para que se queden ahí. Una enfermedad que se mata a la gente, ¿Por qué no se le puede, ponerse en un sitio? Para que no contaminase toda la nación. Esta es la culpa que nosotros, yo personalmente os culpo, que estáis haciendo mal” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo, persona mayor).

El hecho de ocultar la seropositividad a las parejas sexuales, o bien a las cónyuges o las amiguitas o las amantes, también fue mencionado por muchos y muchas participantes. A este respecto, comentan que esto se produce más en el caso de los hombres, y específicamente en el caso de que tengan un nivel económico alto:

“Tú vas donde los, los demás, las demás chicas, o sea es multiplicar, multiplicar le... los contagiados < sí” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“A la oscuridad, porque yo soy grande. Tengo dinero, yo mismo sabiendo que ya me han detectado sida. Pero como soy una persona de pasta voy al médico, hago tratamiento con comprimidos para proteger el tiempo que estoy. Pero venirme, voy con una, esta es mi hija, no papá eso puede pasar que yo soy su padre. Ya me va amar en... de esto, voy con ella, ella no tiene dinero ni su padre ¿Tú ves lo que pasa ahí? Así la ciudad se va contaminando cada vez más” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Gente que tiene mucho dinero quién crees que tiene dinero... Los ministros creen que tienen mucho dinero, tuvieran una pequeña < > ¿qué pasa con ella? ¿se contamina?” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

De modo que, ante esta situación, el perfil de varones de medicina tradicional plantea la necesidad de hacer público ante la sociedad las personas que han sido diagnosticadas como seropositivas con la finalidad de evitar y prevenir estas infecciones. A este respecto, los varones entrevistados con un nivel educativo mayor, valoran que este es un aspecto difícil y complejo de abordar, y que por tanto la estrategia a aplicar no es tan clara.

8.3.1.2. LOS MEDICAMENTOS: “Los comprimidos”

Junto con “las analíticas”, los medicamentos es otro de los elementos que más aparece en el discurso de las personas entrevistadas cuando se les pregunta por el proceso asistencial del diagnóstico. Constituye, por tanto, el segundo elemento que más destacan del proceso.

En líneas generales, se pone de manifiesto una gran confusión al respecto, pues desconocen que el tratamiento farmacológico del VIH se prescribe dependiendo de la situación clínica de cada persona, es decir de los niveles de CD4, y del estado de salud que se tenga, una vez que se haya confirmado la seropositividad, y por tanto concluido el proceso asistencial del servicio de diagnóstico.

Una de las razones, entre otras, por las que este elemento adquiere mucha importancia en las personas entrevistadas está en relación con las expectativas de cura que mantienen con “los comprimidos”, es decir, en las expectativas de que desaparezca el virus, al igual que ocurre con la ingesta de medicamentos en otras enfermedades de la medicina de moderna.

En las personas seropositivas entrevistadas, el hecho de que no se les haya prescrito medicamentos cuando se les diagnosticó de VIH durante el proceso asistencial representa una de las principales fuentes de insatisfacción con la atención recibida. Asimismo, en algunas personas entrevistadas, constituye un motivo de abandono de los servicios. Por tanto, representa una de las barreras que se percibe sobre la

utilización de los servicios de pruebas diagnósticas:

“No, si hay cuaderno, tú me das receta, vete a comprar tal farmacia este medicamento, eh, tú lo pago, tú tomas el medicamentos, eh, bueno si ese medicamento ha terminado tú puedes pasar uno o dos meses. No... tú tienes virus, yo voy al hospital... nada, nada, nada, nada, nada, nada, ¿por qué? Sí lo tiene, eh, en el centro Almendro tiene el medicamento, lo tiene, no en el hospital general, lo tiene, mira... y... ¿por qué no da? La población de guineana o guineanos por qué...” (Varón, seropositivo, 2004).

“Para la tos, en la columna, como yo soy albañil, trabajo fuerte, entonces en la columna me duele, voy al médico, me asiste, a veces donde yo compro los medicamentos normalmente, yo hago mi tratamiento, pero para seguir ese, ese virus, si que no hay..., estoy, estoy casi decepcionado, porque desde aquella fecha hasta ahora que la enfermedad está creciendo y yo no cojo nada⁷⁹” (Varón, seropositivo, abandono).

“Yo pregunto, ¿por qué no me han dado medicina para que yo, van a sacar esa enfermedad? a...aa un hombre que se llama... Epólito, me dijo que no van a dar medicina ahora, es porque medicina, voy a enfermar más” (Mujer, seropositiva, abandono).

Como consecuencia de la visión medicalizada que se mantiene de las “enfermedades de hospitales”, la no prescripción de medicamentos ante un diagnóstico positivo de VIH es un hecho que preocupa y angustia mucho a las personas entrevistadas. Debido al desconocimiento de la fase asintomática del virus, y por tanto la necesidad de ingesta de medicamentos según la carga viral, se tienen expectativas de recibir medicamentos para tratar el virus, y máxime cuando se trata de una "enfermedad" peligrosa y grave. Sin embargo, por criterios clínicos a la mayoría de los entrevistados/as no se les prescribió antirretrovirales. Por tanto, las expectativas de cura ante la enfermedad que padecen se ven frustradas por la no prescripción de estos fármacos. De modo que, ello pone de manifiesto la falta de información proporcionada por los profesionales sanitarios en relación al tratamiento farmacológico del VIH:

“Lo importante es el tratamiento, lo más importante. Cualquier enfermedad se tiene que lleva medicamentos, aunque hay que mantener tratamiento para una buena mejora” (Mujer, seropositiva, 2004).

“Entonces yo trabajo, pero cuando yo vengo para hacer esto, no, no, no me, no me han recibido hasta ahora, no me reciben, voy, mira tantos análisis... para que yo tengo que tener medicamentos. Mi única preocupación es esta de sida yo, yo, yo no sé por qué no me dan medicamentos” (Varón, seropositivo, 2004).

79 Comienza a bajar el tono de voz.

Esta preocupación se acentúa por la asociación que se produce entre VIH con "enfermedad" mortal, y por tanto perciben que padecen de una "enfermedad" mortal de la que no se les está tratando ni atendiendo con fármacos:

“Si estoy... solo quiero dormir un poco, un poco de sueño cada vez, y eso viene porque últimamente no duermo bien, siempre estoy pensando, pensando, pensando, pensando, estoy en la cama, pensando. Estamos, estoy, conversando con los amigos ellos me ven que estamos al lado, pero yo ya no estoy ahí, pensando, no duermo” (Varón, seropositivo, abandono).

Ahora bien, dicha angustia se manifiesta más en el perfil de personas que acceden y no continúan en los servicios de diagnóstico. Según cuentan, se sienten abandonados, desamparados y no entienden el porqué de ello. De modo que es muy frecuente que durante el desarrollo de las entrevistas pregunten y demanden a la moderadora explicaciones al respecto.

Ante esta incertidumbre, una de las razones explicativas que encuentran sobre el porqué no se les ha prescrito medicamentos, a pesar de padecer una “enfermedad de hospital”, la hallan en la falta de antirretrovirales que el país sufre. A este respecto, comentan que al igual que ocurre con los medicamentos en general, hay escasez de fármacos para poder suministrar a todos los/as pacientes. Y, por tanto, ante este escenario de falta de medicamentos, los profesionales sanitarios priorizan la prescripción a personas que pertenecen a un nivel socioeconómico mayor y a sus familiares:

“Hacer que, que ya los medicamentos, hacer que llegue a Guinea los medicamentos. Sí, porque muchas veces suelen terminar” (Mujer, seropositiva, 2004).

“¿Qué pasa con esto? o falta de que no hay montón de medicamentos, ¿qué pasa?” (Varón, seropositivo, abandono).

“Porque yo voy y no me dan y yo no sé si qué pasa yo cumplo no sé si se lo dan a sus familiares” (Varón, seropositivo, abandono).

“Para que los guineanos bueno, yo, si tú ve con una enfermedad, eh, yo soy doctor, eh, hay medicamento gratuito o pagar, yo te digo que si tú tienes capacidad de pagar, tú dar dinero, yo te da medicamento. Ya está, ¿no?” (Varón, seropositivo, 2004).

En líneas generales, el perfil de personas seropositivas entrevistadas tiene mucha confusión y desconocimiento sobre el tratamiento farmacológico del VIH. Por un lado, creen que ser seropositivos

implica tomar antirretrovirales y, por otro, confunden la toma de profilácticos y los fármacos para tratar infecciones oportunistas con los antirretrovirales. De modo que, a muchas de las personas que se les prescribió estos medicamentos creen que toman antirretrovirales. Además desconocen para qué se prescriben estos fármacos y cuáles son los criterios clínicos. Por tanto, se pone de manifiesto la falta de información que disponen las personas entrevistadas sobre “los medicamentos del sida”.

8.3.1.3. EL MÉDICO: “El doctor”

Un último elemento que se señala del proceso asistencial del diagnóstico del VIH es la figura de “el doctor”. En relación a ello, llama la atención que casi todas las personas entrevistadas conocen y recuerdan el nombre del profesional sanitario que les atendió. No obstante, aunque la figura del médico es uno de los elementos que se menciona con frecuencia, no siempre está presente en todos los discursos de las personas seropositivas. Asimismo, cabe resaltar que dicho elemento no constituye un elemento central en los discursos de las personas.

En torno a la figura del médico son varias las cuestiones que se señalan al respecto. El primer elemento está en relación con la información sobre el VIH que reciben de los profesionales sanitarios. Este es un aspecto controvertido, pues muchas de las personas entrevistadas comentan que “el doctor” apenas les proporcionó las explicaciones y la información pertinente que necesitaban en torno a los cuidados y al tratamiento. Esta valoración corresponde mayoritariamente con el perfil de entrevistados/as seropositivos/as que habían abandonado el servicio de diagnóstico:

“Eh... yo sinceramente, soy de los pocos que a mí no me gusta, no me gusta mentir, me han dicho en las pequeñas citas que yo he tenido con los doctores, no me lo han explicado, lo único que me han explicado es solo... yo debo conservarme y hacer los análisis, y esos análisis lo hicieron mi mujer y dieron negativo” (Varón, seropositivo, 2004).

Sin embargo, algunas de las personas entrevistadas del perfil de pacientes que acceden y no abandonan los servicios, cuentan que “el doctor” les proporcionó información relacionada con la prevención del VIH y sobre los cuidados de salud.

En relación al contenido de la información que los profesionales sanitarios les proporciona, en los discursos se repite, con más frecuencia, el uso del preservativo masculino y las vías de transmisión del virus:

“Que hay que utilizar el condón umn... [] [] [] y que ahora tengo que, corregiré esa manera de vivir, porque tengo la persona que tiene dos o tres mujeres no está bien, porque no sabe como la mujer igual o el hombre como igual” (Varón, seropositivo, 2004).

“En el hospital me decía de que esa enfermedad contagia con, no solamente para sexual, contagia con jeringa o aguja o hoja de afeitar... o para hacer manicura” (Mujer, seropositiva, 2004).

En líneas generales, las personas entrevistadas valoran que la información recibida fue escasa. Señalan que fueron pocas las explicaciones que recibieron en el servicio de diagnóstico de los “doctores” sobre la “enfermedad” del VIH; y sus síntomas clínicos; y su diferencia con el sida; sobre la medicación, el seguimiento y las pautas del tratamiento; y las posibilidades de cura. En relación a ello, algunos entrevistados cuentan que la información que recibieron durante el proceso asistencial se limitó a las citas y a la comunicación de los resultados del diagnóstico. Sin embargo, cuando valoran el contenido de la información, lo hacen positivamente, señalando su disposición e interés a recibir más. De ahí que algunos entrevistados comenten su intención de acudir a charlas organizadas sobre el tema en el Hospital General. Debido a esta falta de información, durante el transcurso y desarrollo de las entrevistas, las personas entrevistadas realizan preguntas sobre los diferentes aspectos que tienen que ver con el VIH, bien sean clínicos, sociales o del tratamiento en sí. Suelen ser muy recurrentes las preguntas relacionadas con la maternidad y la paternidad. Esto tiene su razón de ser en el valor que la institución familiar tiene en la cultura guineana. También son frecuentes las preguntas relacionadas sobre como “vivir” con el virus y sobre las posibilidades de cura:

“Me puedes ayudar, me has ayudado con lo que yo quería saber, de dónde procede la enfermedad porque desde 2000 empiezo a escuchar lo del sida y la pregunta más, más que tengo y va a ser la última es si la enfermedad esta no se ha encontrado su medicamento, ¿se cura, se cura el sida, se cura el VIH y sida, ¿o qué?, ¿se calma?” (Mujer, seropositiva, abandono).

El segundo aspecto que mencionan es la responsabilidad del médico en cuanto a la no prescripción de fármacos para tratar la enfermedad del sida. De modo que, algunos entrevistados perciben la no prescripción de fármacos como un incumplimiento en el quehacer médico. Por tanto, expresan que no entienden por qué si ellos han cumplido con sus obligaciones de pacientes –la de no faltar a las citas para las pruebas diagnósticas– por qué los médicos no cumplen con las suyas:

“Va venir aquí al día 27, yo vengo aquí para hacer más análisis []. Yo vengo y cumplo, mmm... solamente va, yo vengo y cumplo... viene recetas, análisis, me van a hacer análisis, van a enseñar... otras mujeres están ahí, ee... como blanco así. Yo pregunto, ¿por qué no me han dado medicina para que yo, van a sacar esa enfermedad? Yo vengo y cumplo...” (Mujer, seropositivo, abandono).

En relación a ello, reclaman la falta de explicaciones que han recibido de los médicos sobre esta cuestión. Y, en este sentido, cabe señalar, que gran parte de la insatisfacción y malestar que las personas entrevistadas tienen con la figura del médico se fundamenta en este hecho:

“Aquí en el hospital, gente que trabajan ahí son de veces un poco así, yo quiero una explicación y a veces no te la dan completamente o te dejan de una forma así, porque muchas veces he deseado saber de esas cosas, de la diferencia entre VIH y tal. Todo eso que hasta aquí no lo tengo, a pesar de que he andado mucho tiempo aquí en el hospital []” (Varón, seropositivo, 2004).

No obstante, en líneas generales, el aspecto que más se señala en torno a la figura del médico son las citas que “el doctor” les suministra para la realización de pruebas diagnósticas. A este respecto, llama la atención que muchas de las personas entrevistadas solo mencionan este aspecto de la atención sanitaria recibida. Quizá una razón explicativa se halle en que en este protocolo de diagnóstico del año 2004, la realización de las pruebas clínicas requiere de varias citas, a diferencia del protocolo del año 2009.

Y, un último elemento, que se menciona en los discursos está en relación con la forma en que los médicos informan y comunican los resultados del diagnóstico. Dicho aspecto es criticado por algunas entrevistadas debido a varios motivos. El primer motivo de crítica se basa en el hecho de que los médicos les comunicaron los resultados del diagnóstico a los familiares del paciente y no al propio paciente. Hecho que se valora negativamente por dos razones: por el derecho del paciente de conocer los resultados del diagnóstico y porque añade más gravedad y anomalía a la enfermedad dado que las enfermedades comunes son comunicadas directamente al paciente. El segundo aspecto que se critica es la forma verbal y no verbal en que el médico informa al paciente del resultado del diagnóstico. En relación a ello, una de las entrevistadas cuenta que el médico transmitió miedo y gravedad ante el resultado del diagnóstico. Ello conllevó, por tanto, a aumentar el sufrimiento psicológico de la paciente ante la noticia de un diagnóstico positivo:

“Es una enfermedad que no sé... es lo que, porque en principio cuando me lo dijo la doctora bueno, al principio me dijo de que, bueno me consoló antes de decirme la enfermedad y me extrañé por qué esta mujer tiene que decirme que Isabel tiene que controlarte, tiene que no sé, porque la información que te voy a dar no va a ser un poco... va a hacer un poco difícil, sí me lo dijo⁸⁰, de repente, bueno... empecé a llorar y llorar porque no lo quería” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Porque cuando yo empecé a hacer los análisis sola y hay un mal defecto aquí. Entrevistadora: ¿Cuál? R: Esto que voy a decir, que sospechan que tú tienes y no te lo dicen directamente, tú ya padeces del sida. Entrevistadora: ¿En el hospital? R: En el hospital, o si tú has ido con alguien prefieren que te lo cuentan al pariente, que la persona que tú ha traído sé lo que le pasa, y a lo mejor si tu pariente no tiene coraje de decirlo porque dicen que mucha gente solían desmayar, o una empieza a llorar ,que ya voy a morir o tal cosa, no te cuentan nada...” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo medio).

Ahora bien, dada la percepción general que aún persiste en la mayoría de las personas entrevistadas sobre el VIH como "enfermedad" mortal, se evidencia la ineficacia de la intervención pre-test durante el proceso asistencial, ya que uno de los objetivos principales de la intervención consiste en desmitificar ideas y creencias erróneas en torno al virus. En relación al nivel de información sobre el VIH, hay que señalar que el perfil de personas que acceden y no abandonan los servicios parece tener un mayor conocimiento sobre el VIH. En este sentido, tan solo dos de las personas entrevistadas que están en la actualidad en tratamiento en los servicios sanitarios en España saben distinguir entre el VIH y el sida:

“Bueno, como él no me dio tanto consejo, yo pensaba que una vez que a uno se diagnostica después de dos años va a morir” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Bueno como él no me dio tanto consejo, yo pensaba que una vez que a uno se diagnostica después de dos años va a morir, sí, dejé todo lo que tenía, los estudios, todo, el lugar, los amiguetes, pero esto en secreto, confidencial, no lo dije a nadie” (Varón, seropositivo, abandono).

En síntesis, la falta de protagonismo y la ausencia de la figura médica en algunos discursos evidencian su falta de liderazgo en el proceso asistencial. Los aspectos más señalados de la intervención médica, dar las citas y prescripción de medicamentos, ponen de manifiesto la invisibilidad de una intervención sanitaria más completa e integral en el proceso asistencial del servicio de diagnóstico y tratamiento del VIH.

80 Comienza a bajar el tono de voz.

8.3.2. PROCESO ASISTENCIAL DEL PROTOCOLO 2009⁸¹

En líneas generales, el discurso sobre el proceso asistencial del diagnóstico implementado con el protocolo en el año 2009, comparativamente con el anterior, es menos extenso y amplio. Ello es un reflejo de la simplificación del proceso asistencial del diagnóstico a raíz de la introducción del test rápido.

En líneas generales, las personas de este perfil responden de forma más escueta y señalan menos elementos del proceso asistencial. Por tanto, las pruebas diagnósticas es un elemento que pierde protagonismo en el discurso de las personas que han sido diagnosticadas con el protocolo del año 2009.

Otra diferencia observada con el protocolo anterior es que tanto los varones como las mujeres expresan una experiencia y visión menos crítica del proceso asistencial. Esta diferencia se hace muy notable al comparar las experiencias entre el perfil de personas que abandonan el proceso asistencial anterior al protocolo del año 2009 con la experiencia de este perfil.

Los diferentes elementos que mencionan las personas entrevistadas en cuanto a su experiencia con el proceso asistencial del año 2009 son:

8.3.2.1. LAS ANALÍTICAS: EL TEST RÁPIDO

Este elemento apenas aparece mencionado en los discursos de las personas entrevistadas. Cabe mencionar que no se observan diferencias según las diferentes variables sociodemográficas.

En líneas generales, las personas comentan, de forma aséptica, que se realizaron las pruebas clínicas para conocer su estado serológico, es decir si tenían o no sida. Y a este respecto, cabe mencionar que dos personas especifican el término de test rápido como las pruebas clínicas para saber el diagnóstico de VIH.

Por otro lado, a diferencia del anterior discurso sobre el proceso asistencial del año 2004, cabe resaltar que en los discursos de las personas de este perfil, el elemento de los tiempos de espera para conocer el resultado del diagnóstico y/o los tiempos de espera en relación a las citas no son mencionados. Ello es consecuencia de la implementación del test rápido. Ahora bien, dada la ausencia de estos elementos en los discursos, durante el desarrollo de la entrevista se les preguntó directamente por estas cuestiones. A este respecto, la mayoría señala que fue poco el tiempo transcurrido para conocer los resultados del

⁸¹ Este protocolo se implementa en el año 2009 en los Centros de Tratamiento Ambulatorio para ir extendiendo el servicio de pruebas diagnósticas a la red de atención primaria. En este protocolo asistencial, a diferencia del protocolo del año 2004, la realización de las pruebas diagnósticas se realiza a través del acto único. Por tanto, se introduce el test rápido para diagnosticar el virus. Asimismo, otra innovación que contiene dicho protocolo es la implementación del diagnóstico precoz en los servicios prenatales.

diagnóstico. Por tanto, ello evidencia la mejora producida en los tiempos de espera, en comparación con el proceso asistencial del año 2004, al introducir el acto único con el test rápido. De modo que, a diferencia del anterior protocolo de actuación, se caracteriza por ser un proceso rápido y ágil. Tanto es así que algunas personas cuentan que obtuvieron los resultados del diagnóstico el mismo día que acudieron a los Centros Ambulatorio de Tratamiento. En contraposición, aquellas personas entrevistadas que tuvieron que esperar, señalan una media de tres días para conocer los resultados:

“Un día. Me llamaron hoy y mañana me dieron el resultado. Bien, me dieron una charla” (Varón, seropositivo, 2009).

8.3.2.2. EL MÉDICO

Todas las personas entrevistadas recuerdan y mencionan el nombre del médico o médica que les atendió. En cuanto a la información recibida durante el proceso asistencial, la mayoría señalan que les gustaría tener más información sobre el VIH. A pesar de que algunos varones entrevistados comentan que apenas “el doctor” les proporcionó explicaciones respecto a la "enfermedad" que ellos padecen, se evidencia que las personas entrevistadas de este perfil disponen de una mayor información sobre el virus. En términos generales, la información recibida ha sido menos valorada negativamente que el anterior proceso asistencial:

“Eh... no, no, solo que yo vine aquí y me dijeron que yo tenía la enfermedad del sida. No, no sé, nada. Yo dede entonces vivo con eso” (Varón, diagnosticado, 2009).

La información que dicen haber recibido de este proceso asistencial se basa en un contenido preventivo del virus; vías de transmisión; uso del preservativo masculino; y el cuidado de la salud. De tal modo que, se evidencia una mejora en la información ofrecida en el pre-test. No obstante, cabe mencionar que sí se observan diferencias entre los varones y las mujeres entrevistadas, y en concreto en las mujeres con edades más jóvenes y embarazadas. Estas mujeres valoran negativamente la información que han recibido respecto a la transmisión vertical de madre a hijo, y respecto a los cuidados de salud. De modo que, durante el desarrollo, de las entrevistas demandaron información al respecto:

“[] porque eso no me... yo quiero que tú me expliques porque no..., no me han explicado nada. Si yo puedo contagiar a mi bebé... yo no sé nada” (Mujer, seropositiva, 2009).

Según cuentan las personas, a diferencia del anterior proceso asistencial donde este elemento estaba ausente, se produce una mayor intervención en los aspectos psicosociales que conlleva el ser seropositivo. A este respecto, algunas de las personas entrevistadas valoran positivamente los consejos que los profesionales sanitarios les han proporcionado para sobrellevar la "enfermedad":

“Los médicos, Jesús es un asistente muy bien. Sí me ha dado información, mucho, pues hablar relación con tu mujer, qué es el virus, qué es el sida [] cuando tiene vilis, no abandonar a su cuerpo o su sida hay que luchar porque tiene, tiene uno, nueva vida, casi un poco esto orientación pero sabía por que []” (Varón, seropositivo, 2009).

En términos generales, existe una mayor satisfacción con el proceso asistencial, dado que en los discursos están ausentes las valoraciones respecto al hecho de haber recibido una mala atención y haber sido tratados mal por los profesionales sanitarios que le atendieron durante el proceso asistencial de diagnóstico.

8.3.2.3. LOS MEDICAMENTOS

Los medicamentos es el elemento que, comparativamente con el resto, señalan más las personas entrevistadas del proceso asistencial. A este respecto, se pone de manifiesto el malestar, la confusión o preocupación en torno a la cuestión de la prescripción e ingesta de antirretroviral.

La mayoría confunden la prescripción de otros medicamentos con la prescripción de los fármacos para el tratamiento clínico del VIH y sida. De ahí que muchos piensen y crean que lo están tomando a pesar de no habérsele prescrito:

“Solamente me dio medicina, medicamento, solo, coge medicamentos y vas a tomar en casa, otra cita no me dio, no me dijeron nada” (Mujer, seropositiva, 2009).

En contraposición, todas las mujeres embarazadas seropositivas de este perfil señalan estar tomando antirretrovirales. Sin embargo, ninguna conoce la finalidad de ello, es decir en qué consiste la

ingesta de medicamentos en la transmisión materno-infantil del VIH. En este sentido, llama la atención que las mujeres desconozcan la finalidad de para qué toman los medicamentos, es decir para reducir la concentración del virus en el organismo y, por tanto, disminuir el riesgo de transmisión, y cuáles son las medidas para prevenir la transmisión vertical de madre a hijo/as, dado que es uno de los nuevos procesos asistenciales implementados con el protocolo del año 2009.

Al igual que en el anterior perfil, aquellas personas a las que no se les ha prescrito medicamentos demandan explicaciones al respecto y muestran tener una gran preocupación por ello.

8.4. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: El counselling post test

Tal y como se ha descrito en los capítulos anteriores, el VIH en la sociedad guineana adquiere y connota significados negativos para las personas que viven con VIH, así como los mecanismos de control social contruidos, que fundamentan la necesidad de la intervención psicosocial durante el proceso asistencial para el afrontamiento de la "enfermedad". De modo que la intervención psicosocial constituye una de las dimensiones de estudio que se contempló desde el inicio en el diseño del guión de tema. A continuación, se exponen los resultados obtenidos de esta dimensión tanto del proceso asistencial con el protocolo del año 2004 como del proceso asistencial implementado desde el año 2009.

En líneas generales, en el discurso de las personas entrevistadas apenas aparece esta dimensión de estudio, independientemente del perfil entrevistado. Tampoco se observan diferencias entre los varones y las mujeres. De tal modo que se pone de manifiesto la falta de intervención y abordaje psicosocial en el proceso asistencial del diagnóstico. De ahí que las alusiones que las personas entrevistadas hacen respecto al *counselling post-test* durante el proceso asistencial sean escasas.

No obstante, cabe mencionar, que comparativamente con el protocolo del año 2004, se observa una mayor intervención psicosocial en el proceso asistencial con el protocolo del año 2009. En relación a ello, el perfil de personas que son diagnosticadas con este protocolo valoran positivamente el beneficio que ello le ha reportado:

“Cuando me lo dijeron estaba muy triste, llorando todos los días. Pero ahora, como me está consolando el médico, ya estoy mejor” (Mujer, seropositiva, 2009).

“En la entrevista me dijeron que sí se puede vivir mucho, y eso tengo la esperanza de que puedo vivir mucho más [], tengo esa esperanza” (Varón, seropositivo, 2009).

La dimensión psicosocial es un aspecto que también ha sido señalado y valorado por las personas que en el momento en que se realizó la entrevista estaban en España realizando el tratamiento y seguimiento, y que habían abandonado los servicios sanitarios guineanos. Cuentan que la atención psicosocial, y el *counselling post-test*, es uno de los aspectos que valoran más de la atención sanitaria española recibida. En contraposición, señalan que no recibieron esta intervención en los servicios guineanos:

“Bueno, si me controlo, tal como me estoy controlando, ¿mmm?, estoy tratando de controlarme porque en España me llevan un buen tratamiento, me veo con el médico de ahí, ahí me hace charlas, me, me, o sea, me me suavizan, me miman, de que, que sino es una enfermedad dentro de poco se va a curar, que si... ya estoy casi normal” (Mujer, seropositivo, abandono, nivel socioeconómico alto).

“La atención, muy bien, muy bien. Tuve un médico de cabecera, tuve un psicólogo, para primera tuve un psicólogo que estuvo aconsejándome, después de..., pasé por un médico de cabecera que siempre me trataba, después me hicieron unas vacunas antes de volver aquí” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel educativo medio).

A pesar de que las personas seropositivas hablan poco de los aspectos relacionados con la consejería *post-test*, el sufrimiento y malestar psicológico que muestran tener ante el resultado positivo del diagnóstico es muy alto, tal y como se analiza en el siguiente apartado más detenidamente.

Ahora bien, ante la falta de apoyo psicológico que reciben de la atención sanitaria, cuentan que reciben apoyo moral para “poder sobrellevar la enfermedad del sida” de sus familiares más allegados:

“Caer, cuando calló mi marido enfermo, bueno lo aparté, como si fuera nada. Ya estuve ya, y los familiares de mi marido me empezaron a consolar, me dijeron de que tengo que cuidarme, solo seguí el tratamiento, y que no tengo que enfadar, y pensar mucho, me lo dijo también la doctora, la doctora” (Mujer, seropositiva, 2004).

De ahí que la falta de apoyo e intervención psicosocial por parte de los profesionales sanitarios constituye una propuesta de mejora de la atención sanitaria del VIH en Guinea Ecuatorial para algunas personas:

“Mm... no sé, aconsejarle, bueno... aconsejarle, no sé tratarle de hacerle calmar, tratar de consolarle y hacerle ver de que con la enfermedad no se da nada, solo hay que seguir la vida, seguir el tratamiento, bueno si está bajo tratamiento. En fin, todo lo que uno puede estar feliz y contento en la vida” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

“Mala, muy mala, porque más o menos, ni relajarme por lo menos la moral como la acabamos de hacer ahora, con vosotros los especialistas. Yo no estaría un año con la moral cubierta de problemas, porque yo podía, yo podía suicidarme, porque mira, tú tienes cosas, ¿y qué? Se te disipan, las cosas te disipan las que tienes a mano, por ejemplo, cuando tienes las mujeres y tal, pero se, se dicen adiós, amén, así de repente vete, y tú te quedas así como si nadie, como si, es que esto es un golpe, esto es más que un golpe [] Precisamente yo me, yo me en... yo me encontré muy decepcionado para mí, ni me dicen que tú no eres capaz de coger medicamentos, no me dicen, ni me dicen que hasta ahora no ha evolucionado para que tú puedes coger tratamiento, tampoco” (Varón, seropositivo, abandono).

“Hasta yo mismo necesito una explicación, porque no lo entiendo, totalmente, no lo entiendo. Lo hago porque me gusta seguir las cosas, porque eso de VIH y sida no lo, no lo tengo claramente explicada” (Varón, seropositivo, 2009).

En síntesis, gran parte del sufrimiento y malestar psicológico que viven y demuestran las personas entrevistadas se genera por la representación social que se tiene del VIH y por el estigma existente hacia las personas seropositivas. Por tanto, se hace necesario una intervención psicosocial durante el proceso de diagnóstico pues constituye un eslabón imprescindible tanto para un abordaje integral del bienestar del paciente como para prevenir algunas de las causas de abandono del servicio de diagnóstico y tratamiento del VIH, ya que esta última está relacionada con la representación social del VIH. Por otro lado, también se pone de manifiesto que, comparativamente el *counselling pre-test*, aparece con más frecuencia de forma indirecta en todos los discursos de los/as entrevistados/as.

8.5. LAS VIVENCIAS ANTE EL RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO

La mayoría de las personas entrevistadas, tanto varones como mujeres, recuerdan la fecha aproximada en la cual se realizaron las pruebas diagnósticas. A pesar de que ello está más presente en el perfil de personas que fueron diagnosticadas con el protocolo del año 2004, las personas entrevistadas responden sin apenas dificultades cuando se les pregunta por ello.

Desde que fueron diagnosticadas positivamente, la mayoría percibe que “ha sido mucho el tiempo transcurrido desde entonces”. A este respecto, llama la atención dos cuestiones; primero que ubiquen con precisión temporal la fecha, teniendo en cuenta que muchas personas no recuerdan o saben la edad que

tienen cuando se les pregunta, y segundo la percepción común que se mantiene del tiempo transcurrido al respecto. Una razón explicativa quizá se deba al significado de muerte inminente que adquiere el VIH. De ahí que perciban que ha sido mucho el tiempo transcurrido, en tanto en cuanto están esperando que se produzca el acontecimiento vital de la muerte.

La mayoría de las personas entrevistadas, independientemente del perfil poblacional, cuentan que sintieron mucho miedo y preocupación cuando les informaron del resultado positivo del diagnóstico. A este respecto, se observan diferencias entre las personas entrevistadas, pues el perfil que abandona los servicios de diagnóstico muestra una mayor preocupación y miedo. También, se evidencia que si bien la mayoría de los varones expresan con frecuencia el miedo, en las mujeres apenas se menciona.

Las razones que los varones dan de por qué sintieron miedo son: porque es una "enfermedad" de castigo; porque conduce a la muerte; porque es una "enfermedad" desconocida que no se sabe bien su origen y cómo se padece:

“Miedo [] [] miedo < < < que tenía mucho... mmm. Entrevistadora: ¿De qué?, ¿de morir? C: No..., miedo para [] [] por esa enfermedad [] [] esa enfermedad es la maldición de, de... todo... d e l m u n d o [] cualquiera persona no, no puede aceptar para ceder este mal, esta enfermedad [] [] no puede [] [] [] pero ahora, me siento muy bien []” (Varón, seropositivo, 2009).

“Él está explicando que lo que diferencia esta enfermedad de las demás enfermedades es que con otras enfermedades tienes dolores, tú lloras y sabes que hay algo. Pero desde que tiene esta enfermedad, no tiene un dolor concreto en alguna parte de su cuerpo, solamente se siente débil, con ganas de dormir siempre” (Varón, seropositivo, 2009).

En contraposición, algunos varones hacen hincapié en que no sintieron miedo. Y las explicaciones que dan de ello van a depender de la situación personal que se tenga. De modo que, algunos señalan que no temen la "enfermedad", y por tanto a la muerte, dada su fe en Dios; otros porque no tienen esposa e hijos; otros porque aceptan la "enfermedad" por la vida sexual que han llevado; y otros porque perciben que la enfermedad del VIH, al igual que otras enfermedades, no es mortal:

“Preocupado de qué, la gente muere del sida, la gente muere del paludismo, ¿qué diferencia hay?, no hay ninguna...” (Varón, seropositivo, 2009).

“Mi naturaleza no me gusta... las complicaciones, que yo sé que una vez que una persona ha nacido, lo que puede pasar tarde o temprano, lo que espera la muerte, por eso no tengo miedo a nada, o sea hago estas cosas porque hasta aquí no estoy programado, no tengo hijos, no tengo casa, no tengo nada, por eso estoy haciendo, si fuera que ya tenía todas esas cosas ¿para qué ir a hacer tratamiento? Yo espero la muerte tranquilamente” (Varón, seropositivo, 2009).

“¡Joder! Si me dicen que lo tengo, con la vida que estoy llevando lo aceptaría, yo le dije “lo acepto”, pero eso llegó dos años y medio sin que haya algo serio en el hospital” (Varón, seropositivo, abandono).

“Yo no tenía la seguridad de que no tenía, pero como me lo han dicho, hay que aceptarlo” (Varón, seropositivo, 2009).

Ahora bien, para algunas personas del perfil poblacional que abandona los servicios, la realización del diagnóstico implicó una ruptura con los proyectos vitales que por entonces llevaban a cabo. Esto es consecuencia por la asociación que realizan con "enfermedad" mortal, y dado que piensan que van a morir, abandonan todos sus proyectos. Algunos cuentan que al conocer el resultado positivo del diagnóstico sintieron que como ya era poco el tiempo de vida que les quedaba, se cobijaron en sus casas para prepararse para esperar a la muerte, “que la muerte les cogiera”. Tal es el caso de un entrevistado que narra que se encontraba cursando el último año de bachiller superior con expectativas de continuar estudiando un oficio, y que por entonces tenía una “amiguita” con la que pretendía casarse, y que tras conocer los resultados y pensar que la muerte “le caería pronto”, abandona los estudios y a la “amiguita”, sin comunicar a nadie el porqué de ello. Otro entrevistado cuenta que, desde que le dieron a conocer el diagnóstico positivo, todo su entorno cambió, y que incluso él también ha cambiado: su mujer se divorció al conocer que era seropositivo; él ante la desesperación y el miedo por la "enfermedad" comenzó a recurrir al consumo de alcohol con frecuencia para aliviar el sufrimiento. Desde entonces se encuentra en su casa cobijado esperando a que le llegue la muerte:

“Bueno, como él no me dio tanto consejo, yo pensaba que una vez que a uno se diagnostica, después de dos años va a morir, sí, dejé todo lo que tenía, los estudios, todo, el lugar, los amiguetes, pero esto en secreto, confidencial, no lo dije a nadie, solamente a mi hermano y mi padre y madre que sí, entonces [], y a mi chica, mandé a mi chica, en aquel tiempo encuentro que mi chica estaba embarazada, la mandé allí, los resultados salieron negativos [], pero ella no sabía nada de por qué la, le manda, [] no sé, en fin, a partir de ahí yo sabía buenamente que estoy llevando ese, ese virus, me quedé, o sea, frustrado, yo no sabía cómo iba a vivir más” (Varón, seropositivo, abandono).

“Yo ya estoy esperando mi fecha, yo ya he tenido hijos, yo espero tranquilamente la muerte en mi casa [], es que es este problema que me molesta yo... ya no trabajo...” (Varón, seropositivo, abandono).

La asociación existente entre la muerte y VIH es tan fuerte y está tan extendida entre la población que una de las mujeres entrevistadas narra su experiencia de intento de suicidio a los pocos meses de conocer que tenía la "enfermedad". Cuenta que intentó quitarse la vida a través de una sobredosis de fármacos:

“No, no, no me hicieron ahí el... la prueba. Me fui ahí, cuando me llevaron en la urgencia, porque tomé pastillas porque quería morirme (<>), por eso tome las pastillas estas” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

Otro de los procesos psicológicos por los que atraviesan las personas entrevistadas, tal y como se ha comentado anteriormente es por la no aceptación del resultado positivo del diagnóstico, y por ende de la "enfermedad". A este respecto, hay que señalar que se observan diferencias según determinadas variables. Según el sexo, se observa que, en líneas generales, los varones, independientemente del perfil al que corresponda, cuestionan más la fiabilidad y veracidad del resultado del diagnóstico que las mujeres. Por otro lado, en relación al tiempo transcurrido de la realización del diagnóstico, se pone de manifiesto que las personas que acaban de ser diagnosticadas, apenas tres meses desde que se realizó la entrevista, dudan y tienen esperanza de que los resultados de las pruebas del test sean erróneos.

En relación al hecho de que los varones cuestionen más los resultados del diagnóstico, una de las razones que argumentan es la posibilidad que las máquinas puedan equivocarse. Además, a ello contribuyen el que perciben, según cuentan, que su estado de salud es bueno. Este estado de salud es consecuencia de estar en la fase asintomática del VIH, la cual desconocen. También, otra de las razones de este cuestionamiento, es el rumor que se produce de casos de personas que habían sido diagnosticadas como seropositivas por los servicios guineanos, y dicho diagnóstico fue posteriormente refutado por los servicios sanitarios europeos. Es decir por la existencia de falsos positivos, tal y como se analizó en el apartado 8.3.1.1 de este capítulo. Además, el hecho de que no se les haya prescrito antirretrovirales para tratar el VIH es un aspecto que también contribuye y refuerza dicho cuestionamiento:

“Bueno, antes, cuando me lo dijeron antes, cuando me lo dijeron antes no creía, yo pensaba que a veces los aparatos también pueden mentir, pues sí, o sea yo, pensaba que es un chiste o una mentira, pero, y pasó hijos ahí, nacieron tres, dos niñas y un niño, sí, pero ahora que estoy confirmado” (Varón, seropositivo, abandono).

Otra diferencia observada, según el sexo de las personas entrevistadas, es que para los varones el estar "enfermo" de VIH les ha afectado a la estima. Cuentan que a raíz del diagnóstico, una de las principales preocupaciones que tienen, por la repercusión que tiene para la paternidad, es el que no puedan dar a una mujer hijos/as y, por tanto, como consecuencia no poder "tener mujer" y las posibilidades de formar una familia. Cabe recordar el valor que adquiere la familia en las sociedades tradicionales, y por tanto en Guinea Ecuatorial, así como el valor que adquieren tener hijos/as dado que son considerados como un objeto de producción y no de consumo (González, 1989). En definitiva, sienten que han perdido valor como hombres. De ahí que algunos cuentan que sus mujeres se separaron y se divorciaron cuando supieron que tenían VIH; otros, desde entonces, ya no tienen "amiguitas" ni amantes. Asimismo, narran lo solos que se sienten por ello y como sus expectativas de tener mujer y/o familia han cambiado. A este respecto, algunos expresan el desánimo que sienten en el campo de las relaciones amorosas:

"Sí, eh, yo era casado con... una mujer. Ahora ya se ha divorciado por ese problema" (Varón, seropositivo, abandono).

"No, no por eso, pero yo pierdo un poco, pierdo, estoy muy desanimado en casar, en casarme" (Varón, seropositivo, 2009).

"Todavía, con esto lo que hace no casar, porque cuando asistí aquí, yo tenía una chica en *Macombo*, es un pueblo próximo a mi pueblo, umn... ya me decían que... tengo que casarla y estuve muy fuerte con los estudios aquí, tuve que terminar, tuve... ahora cuando termino es cuando me hacen esas tont... esas, esas cosas, y cuando me hacen, yo pierdo... yo pierdo de casar porque es..." (Varón, seropositivo, 2004).

Por otro lado, algunos varones cuentan que a raíz de conocer que tienen VIH han dejado de llevar una vida sexual promiscua, ya no tienen amantes ni "amiguitas", y solo mantienen relaciones sexuales con sus cónyuges.

En cuanto a la relación que se establece entre el tiempo transcurrido desde que se realizaron el diagnóstico y aceptar el resultado positivo, cabe mencionar que dicha relación se observa también en las mujeres embarazadas, que en el momento en que se realizó la entrevista, habían sido diagnosticadas recientemente por los servicios de control prenatal. A este respecto, hay que señalar que estas mujeres no cuestionan directamente el resultado del diagnóstico, como ocurre en el caso de los varones, sino que más bien albergan la esperanza de que haya ocurrido un error en el test. De ahí que soliciten y demanden que se les repitan las pruebas diagnósticas. Sin embargo, no dan razones del porqué dudan de los resultados:

“Yo quiero solo, eh, quiero para que me ayude si me lo puede ir mirando si yo tengo... y me... me lo dices para que me ayude” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Yo solo quiero que me repitan las pruebas otra vez” (Mujer, seropositiva, 2009).

Independientemente del tiempo transcurrido, en el perfil de personas que abandona los servicios, se observa que la no aceptación del diagnóstico está mucho más acusada. De ahí que algunos varones de este perfil hasta el momento en que se realizó la entrevista continuaban cuestionando el resultado. A este respecto, en estas personas la no aceptación constituye una de las causas de abandono de los servicios sanitarios de diagnóstico y tratamiento:

“Yo no sé, yo no sé, yo no sé, yo no sé... esa enfermedad que, que, por Dios, me extraña mucho, me extraña...aaaase. Carmen, yo te digo que... aquí, aquí no hay nada, no me da, no me da un comprimido que tomar, no me da nada, no me da nada, no me da nada, nada, son gratis, son gratis, no valen nada tú tienes virus, yo voy al hospital... nada, nada, nada, nada, nada, nada, ¿por qué? Si lo tiene, eh, en Almendro tiene el medicamentos, lo tiene, no en el hospital general, lo tiene, mira...” (Varón, seropositivo, abandono).

Por tanto, el denominador común entre las personas entrevistadas ante los resultados positivos del diagnóstico es vivir un sentimiento de miedo y preocupación. Tanto es así que una de las personas entrevistadas cuenta que debido al miedo que estaba sintiendo cuando le comunicaron los resultados positivos, no pudo entender ni comprender las recomendaciones y consejos sobre el VIH que los profesionales sanitarios les transmitían en ese momento:

“No del, no del todo. Estuve muy preocupado. Explicármelo con toda claridad y para que... yo lo voy a entender [] solo esto” (Varón, seropositivo, 2009).

Algunos entrevistados narran la ansiedad que viven desde que tienen el VIH, una ansiedad que se manifiesta en el insomnio y en pensamientos recurrentes de muerte. Señalan que el apoyo que reciben de la familia es esencial para poder sobrellevar el sufrimiento:

“Viene porque últimamente no duermo bien, siempre estoy pensando, pensando, pensando, pensando, estoy en la cama, pensando” (Varón, seropositivo, abandono).

Dada la preocupación y sufrimiento que supone tener un diagnóstico positivo, en la actualidad para algunas personas entrevistadas la posibilidad de poder viajar a España u otros países para seguir un tratamiento de mayor calidad se ha convertido en uno de sus mayores deseos:

“Estoy tan preocupado que hasta quiero, quiero viajar, quiero viajar para [] para tratar de operarme aquí. Vale. Quiero ir a Camerún” (HS: A).

“Vale, como estoy para viajar, al regreso de mi viaje sabré si estoy infectado o no” (HG: 09).

Por otro lado, y como consecuencia del estigma que rodea al VIH en Guinea Ecuatorial, la mayoría de las personas cuentan que ocultan su seropositividad con muchos familiares, vecinos, amigos/as y amantes. De ahí que algunas de las personas entrevistadas manifiesten sentimientos de vergüenza y de culpa por tener VIH:

“Tan cómo te he dicho, hay mucha gente y me sentiría un poco de averg... de vergüenza, no, porque hay mucha gente que conozco y fácilmente pueden saber qué es lo que tengo, y qué es lo que he venido a hacer” (MI: A).

8.6. EL TRATAMIENTO DEL VIH

En este apartado tan solo se analizan las opiniones, valoraciones y experiencias de las personas entrevistadas que están en los servicios de tratamiento de VIH.

En términos generales, puede afirmarse que la valoración que se tiene del tratamiento del VIH está muy condicionada por dos elementos. El primer elemento que influye es la falta de información y desconocimiento respecto al tratamiento. Y el segundo elemento se deriva de la visión medicalizada que se tiene de las “enfermedades de hospitales”, tal y como se analizó en el capítulo quinto.

Respecto a la información sobre el tratamiento, se observan diferencias entre los diferentes perfiles poblacionales. Los participantes con un nivel educativo mayor tienen una mayor información al respecto que el resto de participantes. En concreto conocen que existe un tratamiento para la "enfermedad" del VIH y sida. A este respecto, hacen hincapié en que, a diferencia de lo que la sociedad guineana cree, este tratamiento permite a la persona tener calidad de vida y vivir bajo un seguimiento médico. Explican que retrasa la aparición de la "enfermedad" del sida en las personas seropositivas, y que por tanto el VIH se trata de una "enfermedad" crónica.

En contraposición, la mayoría de los otros perfiles poblacionales desconocen si el VIH y el sida tienen tratamiento. Una de las cuestiones claves y recurrentes que sacan a la luz cuando hablan sobre el tratamiento es que se trata de una "enfermedad" que no tiene cura. En torno a esta cuestión, en algunos grupos de discusión de mujeres, se generó un gran disenso pues una mujer afirmó que los pacientes de VIH y sida pueden vivir mucho tiempo e inclusive trabajar, mientras que el resto de mujeres del grupo cuestionaron la veracidad de este hecho señalando que se trata de una "enfermedad" que no tiene cura porque es mortal.

Otra diferencia observada, es que las mujeres del perfil de medicina moderna tienen un mayor conocimiento sobre el tratamiento que las mujeres y los varones del perfil de medicina tradicional.

En cuanto a los medicamentos del tratamiento, hay que señalar que, junto con la confidencialidad del diagnóstico, constituye uno de los elementos que más protagonismo adquiere en los discursos. A este respecto, el aspecto que más preocupa es la cuestión económica de los medicamentos, pues según señalan de ello depende la accesibilidad de los mismos. Exceptuando los participantes con un nivel educativo mayor, la mayoría desconocen que los medicamentos son gratuitos. De ahí que sea muy recurrente que en sus discursos aparezca la importancia de que sean gratuitos para toda la población guineana, pues de ello dependerá el poder realizar el tratamiento.

En términos generales, las personas entrevistadas de la medicina tradicional perciben que, al igual que les ocurre con la asistencia sanitaria de la medicina moderna, el tratamiento de VIH y sida es inaccesible para la población guineana que no tiene muchos recursos económicos. En este sentido, señalan que la población guineana con recursos económicos viaja fuera del país, a Camerún o Europa, para tratarse la enfermedad. Lo cual permite regresar a Guinea y ocultar socialmente la enfermedad:

“Esta persona cuando ya tiene se lo detectan aquí, qué pasa, se va a Sudáfrica, se va a Bélgica, se va a los Estados Unidos, a Canadá, entonces él que se lo ha detectado no puede decir que “a este que veis, ya tiene”, sin nada se informa solo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Los/as participantes de la medicina moderna, que conocen que los antirretrovirales son gratuitos, valoran positivamente este aspecto. Señalan que a diferencia de otros países como Camerún, este hecho facilita que las personas puedan tener un tratamiento y continuar con las pautas que los profesionales sanitarios recomiendan para tratar la enfermedad.

“Los cameruneses están vendiendo esos medicamentos, allí en Camerún, no sé, era cada mes 20.000 francos y el gobierno guineano y la Unión no sé qué. Entrevistadora: ¿Europea? C: Europea, están apoyando, ayudando a los enfermos, a veces se pueden regalar, y cuando los cameruneses te lo dan allí, solamente, o sea, no te abren ni una ficha, ni miran qué nivel” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

No obstante, algunos entrevistados comentan que en el supuesto de que los antirretrovirales no fuesen gratuitos, para ellos no supondría una barrera para iniciar el tratamiento, pues lo pagarían.

A pesar de que los participantes con un nivel educativo mayor conocen que los medicamentos son gratis, ponen en entredicho la accesibilidad de los mismos. Explican que a pesar de que el gobierno haya llevado a cabo una campaña informativa sobre la gratuidad de los medicamentos, ello no significa que realmente se pueda acceder gratuitamente. A este respecto, comentan que también con el paludismo se llevó a cabo una campaña informativa sobre la gratuidad de los medicamentos, y que finalmente esto no se ha cumplido, pues cuestan 2.000 francos. De tal modo que, cuestionan el compromiso y la credibilidad del gobierno en este tema:

“Por ejemplo, como dice Esteban o como dicen ahora del paludismo, ahora te dicen medicamentos para el paludismo gratis, y hay gente que dice “pues no, aunque tú ves ahí gratis hay que pagar 2.000 mil”, ¿en qué nos quedamos?, ¿es gratis o hay que pagarlo?” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

“Ahora mismo que les encuentro, mi señora ha ido, está embarazada sobre todo, y me dice que ha comprado toda la medicación que ponen ahí, y cuando en el carnet que le dan dice que...” (Varón, seropositivo, 2009).

Por tanto, son escépticos en relación a la gratuidad de los medicamentos del VIH. Por otro lado, también comentan que ello dependerá del estatus social y económico que tenga el paciente para acceder gratuitamente:

“Que el dinero sigue siendo otro enigma, aún cuando digan que son gratuitos, pero hay que ver primero para que te lo suministren: “quién eres, quién te ha llevado, quién te ha recomendado”, quizá para otros es verdad que es gratuito” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

Estos participantes también señalan la escasez y la falta de medicamentos que hay para tratar a los pacientes de VIH y sida. Comentan que, en términos generales, en Guinea Ecuatorial existe un problema

de escasez de medicamentos para tratar las enfermedades. En este sentido, señalan la responsabilidad del gobierno ya que es quien debe de invertir económicamente en ello y garantizar que no falten medicamentos para la población. En contraposición, critican el hecho de que el gobierno no tenga reparo en invertir en el cuerpo militar y en armamentos, lo cual supone un agravio para la sociedad guineana:

“Al menos si invertir lo que, lo que equivaldría tres helicópteros apache en medicación, ojalá al menos invertir en la educación, lo que equivaldría 100 metralletas de estas que tienen los militares, ¡qué bien funcionaría la educación!” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

“¿Por qué no luchamos con el sida con mejores doctores y con mejor medicación y otras buenas cosas?” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo).

Un último aspecto sobre los medicamentos que señalan estos participantes es la eficacia de los mismos. Debido a las condiciones climáticas y la falta de infraestructura en Guinea Ecuatorial para conservar la farmacología, se produce una pérdida de la eficacia de los efectos beneficiosos de medicamentos. Por otro lado, ello también se produce porque a veces la provisión de medicamentos que llegan a Guinea está caducada:

“Yo no sé, primero si esas medicaciones se sienten desde el mismo valor desde donde salen, de dónde han sido fabricados y dónde están siendo bien cuidados, que cuando están aquí ya Carmen, yo sigo todavía sin tener explicaciones. Yo creo que muchas de estas medicaciones o muchos de nuestros médicos, es probable, es probable que tres o cuatro pacientes de enfermedades diferentes, es probable que esos cuatro tengan una medicación común que les ha sido recetado, que les ha sido recetado. Y otra cosa es, pues yo no sé si cuando hace mucho calor nuestro, sino entorpece la validez y los efectos que puedan producir los fármacos, yo creo” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo).

A este respecto, una de las mujeres entrevistadas critica la eficacia de los fármacos en relación a la dosis prescrita. Cuenta que la dosis prescrita o los medicamentos no fue eficaz para tratar a su marido de VIH. De tal modo que, como el estado de salud de su marido no mejoraba, viajó a España para ser tratado allí. Y, una vez adscrito al tratamiento en España, la salud mejoró. Relata que en la actualidad, tanto ella como su marido, reciben el seguimiento y el tratamiento en los servicios sanitarios españoles:

“Mi marido se cae enfermo, bueno, se cae muy enfermo. Venimos en el hospital, fuimos, le hicieron unos análisis pero, al principio no salió nada, salió, sí de urgencia, le inyectaron una, algunos sueros, después se calmó, al cabo de 2 ó 3 meses volvió a caer enfermo. Es cuando le, le hicieron todo, en, en la revisión total, en todos los análisis es cuando descubrieron que de que estaba infectado se cayó enfermo, estaba, antes llevaba en tratamiento aquí con la doctora Emma, iba más peor, no sé, en fin, no sé por qué, si los medicamentos de aquí no le iban bien. Cuando, como trabaja en el mi... en el, en esto, en el Ministerio, cuando los del Ministerio vieron que estaba empeorando lo evacuaron en España, allí se puso mejor, porque está ahora bien” (Mujer, seropositiva, 2004).

Ahora bien, los participantes con un nivel educativo mayor resaltan la importancia de disponer de medicamentos para tratar la "enfermedad" del VIH, pues es un arma eficaz para frenar el sida:

“También soluciones podemos encontrar, como para conocer que tal cual persona posee el virus, bien, dejar, eh... dejar la medicación barata, decir que todo ciudadano pueda tener acceso a ¿cómo se llama?, a la curación o ¿cómo se llama? cualquier enfermedad, no tiene porque...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

En cuanto al abordaje del aspecto psicológico durante el proceso asistencial del tratamiento del VIH y sida, tan solo los participantes con un nivel educativo mayor mencionan la importancia de este aspecto debido a la carga social que conlleva la "enfermedad" en la sociedad guineana. Valoran la falta de apoyo que existe y señalan que ello puede dar lugar a que muchas personas abandonen el hospital y acudan a la curandería. De modo que, debido al impacto que tiene el VIH en el aspecto psicológico de las personas, proponen, previamente al diagnóstico, implementar estrategias para sensibilizar a la población de que se trata de una "enfermedad" normal:

“Es eso Carmen, es eso justamente, es para decirle que habría que sensibilizar antes a la gente como para que lo, lo entiendan y lo asuman, para asumirlo, pues entonces pueden ellos dar la delantera, tomar la delantera” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

“A lo mejor la persona no está preparada como para que conozca, o sea, como para que todo el mundo conozca su vida, y ¿cómo se sentirá socialmente?, al... o sea que la gente sepa que no tal o cual persona posee el virus, tiene el virus, eso juega un papel muy importante en la psicología de la persona” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

En relación al impacto psicológico, se narra el caso concreto de un familiar que, a pesar de que

tenía sospecha, cuando le confirmaron el resultado positivo su salud empeoró hasta morir. Según analizan, ello tuvo que ver con la depresión que le produjo la noticia de que era seropositiva:

“Sí, la verdad que apoyo a don Rigoberto porque hace bien poco que una prima, una prima mía murió así, después de hacerle los nuevos análisis en el Hospital General, en Bata, le dijeron que tenía VIH. Bien, efectivamente, eh..., últimamente dijeron: “No... hay que mandar los análisis en España, porque los aparatos no son tan sofisticados y no sé qué, no sé cuántos, de acuerdo”. Mi prima se quedó contenta y tal, ¿qué pasa? que seis meses después, pues le enviaron los resultados y le dijeron que tenía, o sea, a partir del día que mi prima tuvo esta confirmación, me llamó urgente a su habitación: “Yo lo que más lamento es que yo hace mucho tiempo que me han dicho que tengo el sida, y no me parecía nada ni sentía nada ni nada ninguna molestia, pero a partir de ahora que me han dicho que lo tengo, viene la muerte y es que ya siento escalofríos que ya voy a morir”, y así murió, y así murió. O sea muchas veces las informaciones pueden llegar positivas y últimamente negativas, así sucesivamente. Entonces mi prima murió no de sida, sino de depresión porque claro, eso lo agudiza” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

En este sentido, señalan algunos participantes que las personas que padecen esta "enfermedad" es debido a la vida sexual promiscua que han llevado. Por tanto, uno de los participantes señala que el motivo de que las personas sientan vergüenza cuando se les identifica que padecen VIH y sida es debido a que moralmente en la sociedad guineana no está bien visto abusar del sexo.

CAPÍTULO IX. ITINERARIOS ASISTENCIALES. MEDICINA MODERNA VERSUS MEDICINA TRADICIONAL

9.1. INTRODUCCIÓN

Kleinman (1980) sostiene que la salud, el padecimiento y la atención son parte de un mismo sistema cultural que mantiene una colectividad, y que por tanto estos deben ser entendidos a través de las relaciones recíprocas que establecen. De ahí que, tal y como ha sido planteado en el cuarto capítulo de este documento, la razón de ser sobre uno de los problemas preliminares de este trabajo de investigación sea: ¿hasta qué punto la medicina tradicional intercede a modo de barrera o facilitador en la prevención y tratamiento del VIH?; ¿hasta qué punto debe tenerse en cuenta en el diseño e implementación de las políticas preventivas?

Por tanto, acorde a ello, y a los objetivos planteados en la tesis, este capítulo analiza las relaciones que establece la población guineana entre el sistema cultural respecto a la salud y la enfermedad con las prácticas llevadas a cabo para resolver los problemas de salud que se les presentan. Por tanto, en el primer apartado del capítulo, se describen los «itinerarios terapéuticos» y las prácticas asistenciales frente a la salud y la enfermedad y, en concreto, respecto al VIH. En segundo lugar, se analiza la satisfacción asistencial de la población guineana respecto a los distintos recursos sanitarios existentes en la sociedad, bien sea de la medicina tradicional o la medicina moderna. Y, por último, las preferencias asistenciales de la población.

9.2. ITINERARIOS TERAPEÚTICOS Y PRÁCTICAS ASISTENCIALES: “Entre las curanderías y las consultas”

Por «itinerario terapéutico» se entiende *todos los procesos que se llevan a cabo con el fin de buscar una terapia, desde que aparece el problema* (Sindzingre, 1985, p.14). Los itinerarios terapéuticos ante los problemas de salud están determinados por la concepción que se tiene de la enfermedad. Dado que dicha concepción se basa en la dualidad de percibir dos tipos de enfermedades, las enfermedades tradicionales y las “enfermedades de hospitales”, tal y como fue descrito en el capítulo quinto, los itinerarios terapéuticos para resolver los problemas de salud se intercalan entre los dispositivos asistenciales de la medicina tradicional y la medicina moderna. Por tanto, en Guinea Ecuatorial, al igual que en muchos países africanos, los itinerarios se desarrollan en coexistencia y convivencia de dos sistemas asistenciales: uno propio de la medicina tradicional, y un segundo típico de la medicina moderna.

De tal modo que, si la enfermedad que padecen es *fang* acuden a las curanderías, mientras que si la enfermedad es moderna acuden a los hospitales:

“No, no se trata de dinero, sino que he dicho que nosotros estamos en dos partes, m... moderna y tradicional, todo el país ¿lo entiende? Entonces, ves algo allí que no da, vas a intentarlo a otra parte, si tampoco lo ha visto allí, también trae más cosas que si curanderos, que si...” (Mujer, seropositiva, 2004).

“Cuando esto me atacó, yo mismo supe que no es algo de llevar allá en el hospital porque no es una cosa que se pueda llevar porque si me inyectan ahí desgraciadamente me puedo morir, por eso yo vine directamente aquí” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Acorde a la percepción dual de la enfermedad, tal y como fue analizado en el capítulo quinto, la mayoría de las personas entrevistadas percibe que existen enfermedades tradicionales, cuyo origen es consecuencia de haber recibido brujería o mal de ojo y, por tanto, se debe acudir a los dispositivos de la medicina tradicional, pues según explican solo ellos/as tienen el poder de convocar a las ánimas en el mundo de los muertos, de la magia negra. Cuentan que debido a que los “síntomas” que indican y manifiestan las enfermedades tradicionales no suelen estar claros al principio, se suele ir en primer lugar a la medicina moderna. No obstante, si claramente se percibe que se trata de una enfermedad *fang* se acude directamente a las curanderías. Respecto a los síntomas que alertan de padecer una enfermedad tradicional, las personas entrevistadas no explicitan cuales son:

“Yo muchas veces he ido al hospital, pero no se mejora. Y ya curanderos porque a partir de la cintura, toda esa parte de ahí abajo me duele, todos los músculos, los pies, si ando en el bosque, si una cosa me obstaculiza, yo tengo que caer en el instante, de levantar el pie así nada, no hay forma, de poner el pantalón, si no me siento, no puedo ponerlo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

No obstante, cuentan que una vez hospitalizados en los dispositivos de la medicina moderna, y tras haber transcurrido un tiempo, y no mejorar la salud, acuden a las curanderías pues entonces se trata de una enfermedad tradicional:

“Por ejemplo, el hecho de que quiero tener hijos, ya es siempre, he acudido en los hospitales pero... acude en los hospitales pero no me dan resultados no, pues en la curandería. Porque quiero tener hijos” (Mujer, seropositiva, abandono).

“Hablando aquí ahora mismo, esto vino atacarme de atacarme aquí después de la enfermedad que me trajo aquí, yo me fui al hospital, me inyectaron dos inyecciones. El médico me dijo que yo iba a dormir bien solo por estas dos inyecciones pero parece ser que me aumentaba la enfermedad. Desde ahí yo supe que esta enfermedad no se cura en el hospital, por lo menos del estómago” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Narran que en muchas ocasiones han sido derivados/as a la medicina tradicional por los propios profesionales sanitarios de la medicina moderna, pues después de un tiempo de estar hospitalizados y tratar la enfermedad y no mejorar, diagnostican que se trata de una enfermedad tradicional. A este respecto, son varias las mujeres que cuentan que después de estar en el hospital y no encontrar solución a su fertilidad acuden a las curanderías en busca de una solución:

“Precisamente, yo les he dicho que primero me he ido a un hospital general, ¿eh? me ha estado, he estado aquí, ahí durante un mes y el señor doctor me ha dicho que esto ya no afecta en esta línea, que parecemos, vemos...que vete a la curandera porque es algo tradicional... ¿eh? Cuando me explican así...” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“A la, sí, al hospital o a la curandería, solo esto, eh!, porque es la única cosa que tengo, porque cuando empecé a ser mujer, y quise tener hijos, bueno no mujer como tal, cuando me casé quise tener hijos, pero primero, como a mi marido no le gusta mucho la curandería, por eso nos fuimos antes al hospital. No hubo resultados, bueno, por el momento estoy esperando qué es lo que voy a hacer, detrás de la... me fui en esto la curandería, ya ya no pienso más, no ay!, quiero decir que, que, ya no sé qué más enfermedad, me acuerdo haberme ido en esto <>, lo aprendí con otras enfermedades pero ni me acuerdo ya del nombre, algo... mmm... fácil” (Mujer, seropositiva, abandono).

También en muchas ocasiones, una vez hospitalizados en una curandería, y si la salud de la persona no mejora, los curanderos/as recomiendan y derivan a otras curanderías:

“Tradicional... entonces me mandaron aquí. A la otra curandera que está en... (nombra un poblado en *fang*). Allí, hizo allí, tantos días, tantos días, tantos meses. Entonces me informó que, un hermano mío me, me, me... dijo: “Tu caso sí ha durado”, [] y... llevo aquí seis meses” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En contraposición, cabe resaltar que ningún discurso menciona que se produzcan derivaciones de los recursos de la medicina tradicional a la medicina moderna.

Muchos participantes del perfil de medicina tradicional estaban hospitalizados en las curanderías en el momento en que se realizaron los grupos. Algunos cuentan que, antes de acudir a la curandería, habían acudido al Hospital General de Bata; otros/as que directamente acudieron a la curandería. La media de tiempo que dicen estos participantes llevar hospitalizados oscila entre 3 meses a 8 meses. Según explican, este tiempo tan largo de hospitalización es consecuencia del tipo de medicamentos con los que la medicina tradicional trata las enfermedades. A este respecto, señalan que ello constituye una de las principales diferencias con la medicina moderna, pues mientras que la medicina tradicional trata a los pacientes con medicamentos elaborados a partir de plantas y árboles naturales, como el *Ngoambang*, *Fofó Elé*, *Dzaa*, la medicina moderna los trata con comprimidos de laboratorios que son más eficaces para la cura o eliminación de la enfermedad, y por tanto requieren de menos tiempo de hospitalización:

“Vete a un hospital, tú tienes... paludismo, te ha pasado tal, tú tienes esta enfermedad, tal, bueno como esto. Yo puedo tener esta... esta medicina aquí pero fácilmente vete al hospital, porque las medicinas del hospital te tratan rápidamente, se cura rápidamente” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Pasan algo, lento, lento, lento, lento, lento, por eso estamos aquí largo tiempo” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Sí, porque allí está la diferencia. Las de allí curan rápidamente, pero aquí lentamente, lentamente, lentamente, lentamente” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Otra razón, que indicaron las personas que estaban hospitalizadas en las curanderías durante el trabajo etnográfico, de por qué decidieron acudir a la medicina tradicional consiste en el aspecto

económico. Explican que asistir a la medicina moderna cuando se padece una “enfermedad de hospital” conlleva un coste económico. Cuentan que, cuando una persona enferma, no solo supone un gasto asistir a las clínicas privadas de la medicina moderna, sino que también implica un desembolso, cuando se acude a los recursos sanitarios públicos, por los desplazamiento; o por las consultas; o por la medicación prescrita. En este sentido, uno de los varones entrevistados cuenta que la intervención quirúrgica que requiere su mujer no puede realizarse en el Hospital General. Tan solo en la Clínica la Paz, y el coste económico que ello conlleva hace inaccesible que su mujer pueda ser curada:

“Pues entonces, pues me he, me he cansado de ir más, perdiendo el dinero, entonces yo estoy aquí y haciendo tratamientos de... tradicionales” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Comparan el coste económico que supone acudir a ambos recursos sanitarios, y afirman que es más económico ir a las curanderías que a los hospitales. Además, al margen de que sea más económico, explican que otro motivo fundamental que favorece la decisión de ir a la medicina tradicional son las facilidades en el pago que proporcionan los/as curanderos/as. En primer lugar, señalan el sistema de trueque que a veces se establece. En este sentido, algunos entrevistados cuentan que pagan los gastos ocasionados por la hospitalización en las curanderías con gallinas. Y, en segundo lugar, también hacen hincapié en el aplazamiento del tiempo que dan los/as curanderos/as para poder pagar el coste de la cura, pues en la medicina moderna el pago ha de ser inmediato. No obstante, comentan también que algunas curanderías son también inaccesibles económicamente para muchas personas:

“Hay curanderías que pagamos hasta cien mil francos te piden si te curan, sin contar las cosas que tú compras en la ciudad para hacerte los tratamientos, sin contar todo esto, mucho dinero” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Ahora bien, entre las personas entrevistadas, no han faltado las valoraciones escépticas en cuanto a la medicina tradicional. Dicha visión escéptica es mantenida sobre todo por los varones que tienen un alto grado de religiosidad. Explican que sus creencias religiosas no le permiten creer en las brujerías y en las ánimas. Y, por tanto, ni ellos, ni sus familiares acuden a la medicina tradicional cuando ambos enferman:

“¿Me estás hablando de curanderías tradicionales? Es que mi familia no va. Mi familia no va, mi familia no acude. Es por la cultura, por el sitio en que hemos crecido. En Bata y en Malabo. Es cuestión de creencias []. Nosotros somos 9 hermanos, 6 varones y 3 hembras, mi padre y mi madre, no vamos, sinceramente. Y Nosotros somos cristianos y no” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo alto).

“Jajajajajajaja... bueno, si quieres nombrar la curandería puedes, pero no te daré una respuesta íntegra de la curandería” (Varón, seropositivo, 2009).

Respecto al perfil de participantes con un nivel educativo mayor, aunque muchos afirman haber asistido a la medicina tradicional ante determinadas enfermedades de tipo *fang*, se pone de manifiesto una postura más crítica, y en algunos casos más escéptica, respecto a los/as curanderos/as. Esta visión crítica también es expresada por algunos varones de otros perfiles poblacionales. Un primer aspecto que se cuestiona, y se critica, es el abuso económico que, en muchas ocasiones, se hacen de los enfermos/as. Cuentan que se aprovechan de la preocupación y sufrimiento de las personas que están enfermas para sacar todo el dinero posible a sus familiares. En este sentido, señalan que no todos los/as curanderos/as tienen la capacidad de poder curar, y que los buenos curanderos no se encuentran en la capital de la ciudad sino que están en el interior del país:

“No... no en Bata, no... solo te quitan el petróleo, el dinero, cuando me molesta yo voy al interior a la curandería... muy buenos” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Otra cuestión criticada fueron las disputas y problemas familiares que generan los/as curanderos/as al acusar a los familiares de que el origen de la enfermedad que padece la persona hospitalizada residen en la envidia o brujería hecha por familiares:

“[] es que según informaciones traen problemas en la familia. Si vamos a la familia, el espiritista empezará a decir muchas cosas, por eso no vamos. Y las cosas que atacan a la gente nunca nos han atacado []” (Varón, seropositivo, 2004).

“Investígalo por los médicos tradicionales que no, no... unos adivinos que pueden saber cómo que ha pasado cómo es, qué te ha pasado. Entonces yo vine aquí. En, la curandera que está aquí, me dijo que tu antepasado te me hicieron esto, me dijo que por esto estuve aquí, y no sé...” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

También se cuestiona el hecho de que la medicina tradicional en ocasiones trate de curar

enfermedades que no le corresponde. Según comentan, ello ha dado lugar a que, en muchas ocasiones, tras un tiempo largo de hospitalización en las curanderías sin curar, cuando las personas acuden al hospital su estado de salud ya está tan deteriorado, grave y debilitado que poco se puede hacer por la vida de esa persona. De tal modo que, señalan que muchas personas mueren en las curanderías cuando su vida podría haberse salvado en los hospitales:

“Son casos que yo misma he vivido y la mayoría de los curanderos no tiene información, eso se lo dieron comunidad, dan tratamiento, no tienen límites si a..., sus dos hijos no tienen límites. Un niño raquítico cómo le pueden dar un vaso de de de de medicamento pa’ que empiecen a... no sé si purgarlo, no sé qué le hacen, cuando ya está debilitado ya no saben qué hacer... ya no se puede nada, nada por la vida. Por eso yo recomiendo todos, toda persona que vayan al hospital, cualquier problema hospital, ellos ya sabrán qué hacer” (Mujer, seropositiva, 2004).

Este hecho fue observado durante el trabajo etnográfico en las curanderías, pues una de las personas que se encontraba hospitalizada –según explicaron los participantes–, estaba en fase muy avanzada del sida, siendo mucho el tiempo que llevaba hospitalizado.

En cuanto a la medicina moderna, todas las personas entrevistadas creen en la existencia de enfermedades modernas que *“solo pueden ser vistas por los aparatos”*, y que, por tanto, tienen y deben ser tratadas en los hospitales. De modo que, todos y todas cuentan que acuden a los recursos sanitarios de la medicina moderna, bien sean públicos o privados. En este sentido, a diferencia de la medicina tradicional, ninguna de las personas entrevistadas cuestiona la existencia de este tipo de enfermedades.

En cuanto al itinerario, según los distintos dispositivos asistenciales de la medicina moderna, se ponen de manifiesto diferencias según el perfil. A este respecto, un primer recurso sanitario que utilizan para resolver los problemas de salud es acudir a las consultas privadas de la medicina moderna cuando “la salud no molesta” mucho. Las razones que argumentan de esta práctica asistencial consiste, por un lado, en la ventaja de poder asistir por la tarde dado los horarios que tienen. Y, por otro, al menor tiempo de espera, y una mayor facilidad para prescribir medicamentos. Ahora bien, dicha práctica se evidencia más en los varones entrevistados, que en las mujeres entrevistadas, independientemente del nivel económico que presenten.

Asimismo, las personas con mayores recursos económicos cuentan que también asisten a la medicina moderna, pero que los dispositivos que utilizan se encuentran en la red de recursos privados o en el extranjero:

“Ni idea de los dos, yo solamente quiero que me mejore, no sé quién dice la verdad porque he ido a España, volví sintiendo dolor. Esto, aquí lo mismo, voy a salir de aquí en marzo también, vuelvo a España en marzo” (Mujer, seropositiva, abandono, nivel socioeconómico alto).

Por el contrario, al Hospital General de Bata, y en concreto al servicio de urgencia, suele asistirse ante un estado de salud que se percibe como muy grave. En este sentido, es recurrente que se mencione en los discursos de los varones entrevistados, el hecho de haber tenido una intervención quirúrgica en este recurso sanitario público:

“En el hospital, allí los, los doctores cuando me operaron me dijeron que yo llevaba esa enfermedad que todo el mundo habla. Sí, sí, yo no, yo no...” (Varón, seropositivo, 2004).

“Yo llevaba un dolor ahí, sí yo me, me hernia. ¿Es eso? Y antes de ir a la Paz, mi familiares no, no sabían, pero me fui yo al hospital. Y ya los doctores me informaron ” (Varón, seropositivo, 2004).

Otro recurso sanitario público que se utiliza son los Centros de Tratamiento Ambulatorio. A este respecto, se pone de manifiesto que estos recursos son más utilizados por las mujeres. Ello es debido a que las mujeres tienen una mentalidad más enfocada a la prevención y al cuidado de la salud:

“Yo cuando estoy enferma suelo venir a Almendro” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Yo misma vengo con mis hijos a las hermanas cuando están enfermos” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

En líneas generales, un elemento que influye en el itinerario y prácticas asistenciales es la visión medicalizada que se tiene de la “enfermedad de hospitales”. De modo que, acorde a ello, suele ser recurrente que para “enfermedades sin gravedad” las personas entrevistadas acudan a las farmacias o a las consultas privadas para que les prescriban medicamentos. Hay que señalar que en las mujeres entrevistadas aparece mencionada esta práctica en menor medida que en los varones entrevistados:

“Porque cuando tengo fiebre, fiebre y el dolor de cabeza, me apuro a la farmacia, explico y me dan un medicamento de paludismo, de tomarlos me quedo, me quedo bien” (Varón, seropositivo, abandono).

En el caso de los participantes de la medicina tradicional, cuentan que acuden a los puestos de salud para recibir medicamentos. Estos participantes explican que debido a motivos económicos, como el coste que conlleva el desplazamiento o ir a la consulta, eligen ir a los puestos de salud para medicalizarse y así aliviar el dolor físico que les produce la enfermedad. Tan solo cuando perciben que su estado está muy grave es cuando acuden al Hospital General de Bata:

“Bueno nosotros preferimos ir en el puesto de salud por falta de dinero porque ahora en el hospital, ahora, si tú no tienes dinero, tú no puedes, no te pueden hacer tratamientos, tú puedes morir ahí, sin dinero no puedes ir en el hospital, por eso preferimos ir en el puesto de salud porque algunas persona... por falta de economía, de dinero” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Durante el trabajo etnográfico se observó que muchas de las mujeres que estaban hospitalizadas en las curanderías estaban acompañando a un familiar que padecía una enfermedad *fang*. Este hecho pone de manifiesto otro de los elementos que influye en las prácticas asistenciales: los/as familiares. También en los discursos de las personas entrevistadas, el acompañamiento de los familiares, ya sea en la medicina moderna o en la tradicional, está siempre presente. A este respecto, algunos participantes cuentan que finalmente es la familia quien decide a qué medicina acudir: si a la moderna o a la tradicional.

En relación a ello, cabe mencionar las diferencias observadas en cuanto a los varones y las mujeres entrevistadas, en la medida en que las mujeres influyen y deciden más sobre las prácticas asistenciales de la familia. Además se produce una relación directa en cuanto a la edad: a mayor edad mayor capacidad de decisión en la familia. De modo que, en muchas ocasiones, cuando los matrimonios viven con la familia de él, o con la familia de ella, es la madre de él o ella quien decide e influye en la decisión de dónde acudir. Y, en cuanto a los varones y a las mujeres entrevistadas, que en el momento de realizar la entrevista, no estaban casados pero sí convivían con sus madres, van a ser las madres quienes deciden sus prácticas asistenciales:

“Porque me llevó, me llevaron, me llevó mi, mi madre. Me preguntó dónde vas, estás enfermo, dónde quieres ir ¿al hospital o a la curandería? Dije al hospital y ella... decidió que tenemos que pasar antes a la curandería” (Varón, seropositivo, abandono).

“Lo que le diría es que cuando... cuando el cuerpo tiene una necesidad aunque usted quiera esconder, no se puede, es que las mujeres llevan un gran número superior que los hombres, porque el hombre aunque no, no, no quiere decir a la gente que estoy enfermo, cuando ya ha caído de gravedad, y que el mundo va a saber, sus familiares le van a ayudar y a llevar al hospital y veremos más hombres en el hospital, pero mientras que no se estén registrando más hombres en los hospitales es porque los hombres son de menos número” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano).

“Bueno... estuve enfermo muy enfermo, me dolían las articulaciones, casi me quedé sin andar así que me cargaron mi familia y me llevaron al hospital” (Varón, seropositivo, 2009).

De modo que, se pone de manifiesto que el itinerario terapéutico de los varones, lo deciden o bien sus cónyuges o su madre, mientras que en las mujeres son ellas mismas, su madre o suegra quien decide. Este mismo esquema se reproduce en el itinerario asistencial de los hijos e hijas de las personas entrevistadas, poniéndose de manifiesto que son los varones quienes costean los gastos económicos que genera la enfermedad:

“Vas a venir al hospital, porque si hay vacunas, vas a venir al hospital para apuntarlo, tú lo llevas para que no enfermé” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo bajo).

“No, los hijos con la mujer que tengo, los hijos que tengo, los hijos, se divorció, los hijos están con su mamá. Vale, yo entiendo que solo estamos buscando una salida ¿no? Decía que al llegar, por ejemplo, mi hijo que se encuentra muy enferma, porque tengo hijos muy palúdicos, tres hijos son palúdicos, qué pasa, si me encuentro así y que... bebé mía está enfermo, me pago un médico particular, porque es la persona, porque es la persona que me puede atender lo más pronto posible” (Varón, seropositivo, 2009).

En relación al VIH y los itinerarios asistenciales, y en coherencia con la percepción que se tiene de que es una "enfermedad" propia de la medicina moderna, las personas entrevistadas narran su itinerario terapéutico. Cuentan que *cuando el sida molesta*, para resolver los problemas de salud no acuden a la medicina tradicional, ni a los curanderos/as, sino a la medicina moderna. Concretamente señalan el Hospital General de Bata y los Centros de Tratamiento Ambulatorio. De modo que, existe unanimidad en los discursos ante la cuestión del itinerario terapéutico del VIH de que debe desarrollarse en el contexto de la medicina moderna:

“Al hospital... este tipo de enfermedades se deben llevar al hospital, como os hemos dicho antes, cuando tú tienes paludismo, el VIH, estas clases de enfermedades hay que ir al hospital” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

De tal modo que, la mayoría cuenta que nunca han acudido ni acudirían a la medicina tradicional para tratar el VIH:

“Yo a los doctores, no a los blancos para que me lo digan los aparatos, pues la sangre solo lo pueden ver los aparatos” (Varón, seropositivo, 2009).

“No porque yo ya sabía que el virus no se cura... solo en el hospital” (Varón, seropositivo, 2009).

“No, nunca he oído eso, yo sé que son los médicos” (Mujer, seropositiva, 2004).

A pesar de que ninguna de las personas entrevistadas dice haber hecho uso de la medicina tradicional, comentan que sí conocen y saben de personas que acuden a las curanderías para tratar los problemas de salud que el sida provoca. Este itinerario terapéutico fue criticado por algunos participantes:

“Sí, es que para ir ¿a esconderme a mí?, a sabiendas de que tengo tal cosa, y voy allá para que me digan que mi padre o mi madre, sé que el VIH, en mi padre, él me puede tirar... es cuando voy allí, mientras tanto, los aparatos me están diciendo algo, estaré siempre en el hospital” (Varón, seropositivo, 2009).

“Tan incrédulo, no soy sí. Es porque yo ya tengo pruebas los aparatos me están diciendo algo, estaré siempre en el hospital” (Varón, seropositivo, abandono).

A las personas seropositivas se les preguntó si habían acudido a la medicina tradicional, y por qué motivo habían ido desde que habían sido diagnosticados de VIH. A este respecto, algunos/as respondieron que sí lo habían hecho. Comentan que las razones de salud por las que habían acudido a las curanderías eran por otros problemas de salud diferentes a la enfermedad del sida. No obstante, según describen algunos de los síntomas que explican que padecían parecen guardar relación con algunas de las enfermedades concomitantes del VIH como es el caso de los Herpes Zóster que comenta haber padecido una de las mujeres entrevistadas:

“Nada. Usted le digo que desde que dejé cosa, bueno en la moderna me dicen que es... desde lo tradicional me dicen que es igual porque estoy sufriendo dolor aquí. Así dicen ellos, el fuego de los brujos que lo mataron, porque todo eso estaba quemado como lepra” (Mujer, seropositiva, 2009).

9.4. LA SATISFACCIÓN ASISTENCIAL

Los discursos de algunos/as participantes muestran la «satisfacción asistencial» (Donabedian,

1978), entendida como el resultado de la interacción entre los curanderos/as y ellos/as y/o entre los profesionales sanitarios y ellos/as, respecto a la medicina tradicional y la medicina moderna. A este respecto, cabe mencionar que una primera diferencia observada es que las valoraciones sobre la medicina tradicional son muy escasas, comparativamente, respecto a las valoraciones sobre los dispositivos asistenciales de la medicina moderna.

En líneas generales, son pocas las valoraciones, tanto positivas como negativas, que expresan sobre la medicina tradicional. En este sentido, puede afirmarse que existe una mayor satisfacción con los recursos sanitarios de la medicina tradicional, en tanto en cuanto son menores las críticas que manifiestan al respecto.

Los aspectos de la medicina tradicional que se valoran positivamente son, en primer lugar, el trato más amable y humano que reciben de los curanderos/as y, en segundo, lugar las facilidades que dan para pagar económicamente la cura. En este sentido, algunos participantes, específicamente del perfil de medicina tradicional, comparan el trato que dan los profesionales sanitarios con el trato recibido de los curanderos/as, y valoran que estos últimos dan un trato más respetuoso, amable y humano a los enfermos/as y sus familiares:

“Esto, la gente ve que las... los... la medicina tradicional es algo favorable para los hospitales, porque te, te tratan, te curan, tú te, te quedas sano y no te piden...” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Te ayudan un poco así...no, no, no como en Bata...” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

No obstante, algunos varones con un nivel educativo mayor, tal y como se ha señalado anteriormente, critican el abuso y el engaño que comenten algunos curanderos/as de la medicina tradicional.

En relación a los distintos dispositivos asistenciales de la medicina moderna, y su satisfacción, gran parte de las valoraciones se centran en el recurso asistencial del Hospital General de Bata. A este respecto, se evidencian diferencias según las distintas variables. Los participantes con menos recursos económicos y los varones, en comparación con el resto de perfiles, son quienes expresan un mayor descontento. Por tanto, se pone de manifiesto una actitud más crítica en los varones que en las mujeres en líneas generales.

La mayoría de las valoraciones negativas del Hospital General de Bata están relacionadas con aspectos que tienen que ver con su «calidad asistencial» (Donabedian, 1978). Así, el trato recibido, la

masificación, los tiempos de espera, etc. son motivos de malestar en las personas entrevistadas. Muchos participantes cuentan que, gran parte, de su insatisfacción con la asistencia sanitaria recibida en el Hospital General de Bata ha sido consecuencia del trato recibido por los profesionales sanitarios. En relación a ello, en los grupos de discusión se discute y se analiza sobre quiénes son realmente los profesionales sanitarios que tratan mal al paciente y a sus familiares. Y, a este respecto, comentan que es el cuerpo de enfermería quien da los malos tratos a los/as enfermos/as, pues a los médicos apenas se les trata en las consultas, tan solo unos minutos:

“Los médicos tanto tiempo solamente vemos directamente a los enfermeros ¿Eh? A decir la verdad, tú ves al médico una vez en la consulta, pero el resto del tiempo, pero el resto del tiempo que tú puedes estar ahí tú estás con los médicos o con los... otros, con estos...” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Por una aspirina, no te pueden dar así que tú compras, así no no no, no te tratan” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Los participantes expresan que se sienten tratados con poco respeto, como animales y no como personas, en el trato que reciben de los profesionales sanitarios cuando son atendidos. A este respecto, existe consenso en los grupos de discusión en cuanto a que dependiendo de quién seas y del dinero que tengas serás tratado como un animal o como una persona. De ahí que algunos participantes cuenten que aunque una persona padezca de una enfermedad grave no será atendido si no tiene recursos económicos para pagar la asistencia sanitaria:

“Aquí en Guinea... yo no puedo mentir... tú sabes que no... aquí en Guinea hay gente que tiene salud, hay gente muy interesá, y por qué... porque si tú trabajas, si tú trabajas eh?, tú cobras mucho eh?, lo primero... la santidad, la salud... ese va a lo hospital y te tratan bien, no como a un bebé o un animal” (Varón, seropositivo, 2009).

“No tratan bien, no hay buen trato en el Hospital general de Bata” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

“No hay buen trato si tú no tienes dinero” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Cuando tú tienes dinero ¡hombre! Te tratan bien una medicina te cuesta más de cinco mil, tal” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

A diferencia del “maltrato” que dicen recibir de los profesionales sanitarios en el Hospital General de Bata, las personas entrevistadas expresan satisfacción con el trato que reciben de los profesionales sanitarios del resto de recursos sanitarios de la medicina moderna, ya sean públicos o privados. De modo que los Centros de Tratamiento Ambulatorio, las clínicas u hospitales privados, son valorados positivamente. Específicamente, las mujeres muestran una mayor satisfacción con el trato recibido de los profesionales en las consultas privadas. Además del trato que reciben, añaden que esta mayor satisfacción con estos recursos asistenciales privados de la medicina moderna también es por el menor tiempo de espera en ser atendidos y la mayor accesibilidad horaria:

“Bien, los cubanos que están allí me atendieron, ellos dicen que debo poner condón que no, que me van a sacar el bebé... si el bebé con comprimidos” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Sí, en el centro Castaño me tratan bien, las monjas que ayudan mucho son buenas, ellas van a darme medicina”(Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

De tal modo que gran parte de la insatisfacción asistencial con los hospitales públicos, es la inaccesibilidad económica que implica. Lo cual pone de manifiesto la existencia de desigualdades sociales en salud en base a la accesibilidad de los servicios sanitarios. Esta barrera en la accesibilidad se evidencia mucho más en el perfil de personas con pocos recursos económicos y que residen en poblados. De ahí que señalen que el desplazamiento, el cobro de las consultas y los medicamentos hacen inaccesible la cura de la enfermedad que ellos/as o sus familiares padecen.

Una de las limitaciones señaladas, en cuanto a los recursos públicos de la medicina moderna en general, es el hecho de que no den cobertura de todas las enfermedades. De ahí que algunas personas del perfil de medicina tradicional reflexionan sobre por qué la medicina moderna no trata las enfermedades *fang* y pregunten a la moderadora por qué no existe cura desde la medicina moderna de las enfermedades que ellos/as padecen por que están hospitalizados en la curandería:

“No localizan la solución. Hay un doctor ahí Antimo que hace todo, este me dice que él me dice que no puede con los dolores de estómago este. Siempre me manda a los *fang*” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Yo quiero saber por qué no curáis la enfermedad del estómago” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Esta enfermedad molesta demasiado aquí ahora. Solo en *fang* curan. Yo no sé porqué no lo curan en el hospital, es lo que yo pregunto” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Asimismo uno de los varones entrevistados señala que los dispositivos públicos de la medicina moderna, en ocasiones, no tiene tratamiento para determinadas enfermedades y que tan solo pueden ser curadas por los hospitales privados, lo cual es inaccesible dado el coste económico que conlleva.

También fue criticada la masificación que se produce en el Hospital General de Bata para ser atendidos. De ahí que se valore que el tiempo de espera sea mucho. En relación a ello, algunas personas entrevistadas comentan que esta masificación y los tiempos de espera se deben a la falta de personal sanitario:

“Qué más diría, por ejemplo también diría, pediría al Ministerio de Sanidad que nos hicieran ese favor, que somos sus paisanos, sus hermanos, sus esposas, quizá sus madres, si se pudiera aumentar el personal porque hay muy poco personal ahí, y el trabajo es demasiado. Hay muy poco personal, se necesita más personal ahí... si yo no trabajaré de verdad, yo lo haría con mucho gusto, como una voluntaria, lo haría con mucho gusto, porque servir a los demás, a mí me siento bien cuando estoy al servicio de los demás...” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

Por otro lado, también se mencionan que el horario de atención de las consultas es escaso y limitado dado a que se reduce a por las mañanas, lo cual hace que sea poco compatible con la jornada laboral:

“Es que yo no puedo ir al hospital por la mañana cuando hay consulta, voy por la tarde. El trabajo no me exige, es por fácil atendimento, cuando no hay mucha gente, por la mañana yo no puedo ir porque hay mucha gente” (Varón, seropositivo, 2009).

Y, por último, cabe resaltar que esta dimensión, la satisfacción asistencial, es poco comentada por los participantes con un nivel educativo mayor. No obstante, algunos participantes señalan algunos aspectos que están más relacionados con la valoración de la calidad asistencial que con la satisfacción que ellos tienen. En este sentido, señalan la falta de personal sanitario, de médicos, del sistema sanitario guineano. Asimismo, comentan la falta de medicamentos como la calidad de los mismos. Por otro lado, también señalan que los puestos de salud como dispositivos sanitarios para atender a la población guineana

que reside en los poblados es muy deficiente en sus servicios y en la atención que presta. Y, por último, el coste económico y la falta de atención que existe en el Hospital General de Bata:

“Siguiendo el, las lesiones que la población, en las que yo mismo también comparto, eh... la mayoría dicen que en el hospital, los hospitales públicos generales no encuentran atención, no encuentran atención” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

De modo que, las personas entrevistadas comparan la atención recibida en los Centros de Tratamiento Ambulatorio y establecen que la atención es mucho más buena por los diferentes aspectos mencionados:

“Partiendo de esa idea que estoy lanzando, es cuando precisamente los centros de salud ganan teléfono, no porque tienen buenos facultativos que el hospital general, sino sencillamente ayuda a la población, encuentra que... hospitalidad, atención a la primera, allí adquiere medicamentos a la primera. Trae un paciente ya en estado crítico, de inmediato se lo curan porque parece ser que en los hospitales públicos lo primero que ponen tónica es el dinero, por eso prefieren ir a los diferentes centros de salud” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo mayor).

“Sí, porque ahí no hay mucha gente. Allá no va mucha gente: van pero, estoy registrando un poco el hueco en el centro Castaño” (Varón, seropositivo, abandono).

“Si me llegan a tratar bien, umm, si me llegan a tratar bien preferiría el centro Castaño, porque en el Hospital General hay entre los que están ingresados, tal, mucha gente, a veces, prefiero tomar el tratamiento en el centro Castaño, no porque me han tratado mal en el Hospital general, no” (Varón, seropositivo, abandono).

En cuanto a la atención sanitaria de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas del Hospital General de Bata que las personas seropositivas entrevistadas dicen haber recibido, en líneas generales expresan descontento al respecto. En este sentido, una de las personas entrevistadas comenta que si bien la atención de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Bata deja mucho que desear la atención en la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Malabo es peor aún:

“Sí, porque en Malabo, me fui a Malabo sobre mi enfermedad, sobre eh... el caso ese, entonces los de Malabo, la gente de allí que no atienden mejor a la gente, entonces, pasé en Malabo dos años, cuando me voy a hacer el control de CD4, que [], bueno en fin, ellos lo tienen un poco como si no tiene tanta importancia, entonces, su idioma” (Varón, seropositivo, abandono).

Un aspecto que está muy presente en la valoración de satisfacción asistencial de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas es la confidencialidad del resultado del diagnóstico. En relación a ello, dos de las personas entrevistadas critican el hecho de que sean los propios profesionales sanitarios de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas los que no preserven la confidencialidad de los resultados del diagnóstico y rumoreen sobre quién tiene o no sida:

“Pero el hospital no preserva el secreto. Lo sé porque yo soy inspector de policía. Tenía muchos médicos y enfermeras que hablan mucho de ese enfermedad, que dice este tiene virus, [] pero, una vez que mi persona va y en hospital y va a hacer un test de sida, una chica que te... que está presente va a decir otro, que, este, este chico tiene ese virus y va a publicar, no está bien [] [] es un porrón de educación y, de formación. Educación básica y formación [] []” (Varón, seropositivo, 2009).

9.5. LAS PREFERENCIAS ASISTENCIALES

En cuanto a las preferencias asistenciales entre los distintos recursos sanitarios de la medicina moderna, puestos a elegir, las personas entrevistadas prefieren para resolver los problemas de salud, acudir al sistema sanitario privado frente al sistema sanitario público por diferentes razones: 1. Por la no masificación en la asistencia sanitaria. 2. La mayor accesibilidad en cuanto a horarios de atención de consultas y servicios de urgencias. 3. El trato recibido de los profesionales sanitarios. En contraposición, tan solo una de las personas entrevistadas señala que prefiere el sistema público frente al sistema privado, y en concreto el Hospital General de Bata en vez de la Clínica la Paz porque los profesionales sanitarios, según comenta, son más accesibles a los/as pacientes:

“Bueno, yo elijo hospital... bueno, yo no sé, yo me iría a cualquier sitio. Tú también puedes decirme de ir a cualquier sitio. Jeje... por lo menos, doctora Enma es la que conocemos aquí, del Hospital de Bata. Yo la conozco de 10 años atrás. La conocía en medicina interna. Para recibir informaciones de VIH no puedes buscar a un médico cualquiera. Yo sé que Enma y un doctor que se llama Justo, no sé si sigue ahí, son las personas. ¿Por qué? Porque lo viven todos los días. Enma, Enma, ella es la que está con eso todos los días. Y frecuento también hospital por...” (Varón, seropositivo, abandono).

Para resolver los problemas de salud en general, tanto los varones como las mujeres entrevistadas, coinciden en sus preferencias de ser atendidos por los Centros de Tratamiento Ambulatorio frente al Hospital General de Bata:

“Yo prefiero que... al centro Castaño se... para que aquí hospital general hablar, hablar, eh... una, ¿cómo se dice?... eh, hablar gente como animal, tú sabe qué? Yo no, una persona no sabe que es una persona, pero como no puede hablar como una niña o... un bebe, no se hace, no se hace en la vida (Varón, seropositivo, 2009)”.

“No, al hospital de aquí no.... No hay atendimento. Yo no puedo mentir, no te dan explicaciones ni medicamentos ni nada, y yo no sé por qué” (Varón, seropositivo, 2009).

En relación al VIH, las personas entrevistadas prefieren ser tratados por la medicina moderna frente a las curanderías si padecen de esta "enfermedad". Explican que se trata de una "enfermedad" que la ciencia moderna ha diagnosticado donde la medicina tradicional poco puede hacer para su curación, de tal modo que las curanderías carecen de los medios y del tratamiento clínico necesario para poder curar y tratar a los pacientes de VIH. De tal modo que, afirman que en caso de ser diagnosticados, no acudirían a las curanderías dado que se trata de una “enfermedad de hospitales”:

“Medicina convencional... primeramente esa enfermedad eh... fue descubierta por la ciencia ¿no?, por la ciencia occidental, me parece que cualquier situación de, de, de, de... ese virus convendría ir directamente al hospital, al hospital, a los médicos, a los facultativos, porque las curanderías no ha admitido enfermedad, la verdad es que no está la competencia de dar un diagnóstico de esa enfermedad. Tampoco tiene ya medios suficientes para curarlo, yo no sé qué medida puede uno ir a” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Específicamente, en relación a las preferencias entre los distintos recursos de medicina moderna para ser tratados de VIH se observan diferencias entre los distintos perfiles. Una primera diferencia se basa en el sexo de las personas entrevistadas pues si bien los varones señalan más el Hospital General, las mujeres indican los Centros Ambulatorio de Tratamiento. Los varones del perfil de medicina tradicional basan su preferencia de ser tratados en el Hospital General por las siguientes razones: 1. Por la cercanía geográfica de este dispositivo del poblado donde residen. 2. Porque desconocen los Centros de Tratamiento Ambulatorio. Ahora bien, en el caso de los participantes de la medicina moderna está preferencia se basa en la valoración de que en el Hospital General de Bata están los aparatos para la realización del diagnóstico y del tratamiento mientras que en los Centros de Tratamientos Ambulatorio no. Esto pone de manifiesto el desconocimiento de estos participantes en relación a las posibilidades de realizarse el diagnóstico y recibir el tratamiento que actualmente ofrecen estos centros.

De tal modo que los varones entrevistados cuentan que acudirían al Hospital General de Bata para iniciar el tratamiento y se dejarían aconsejar por los médicos.

No obstante, algunos varones entrevistados señalan que prefieren ser tratados en los Centros de Tratamientos Ambulatorio pues consideran que se preservaría más la confidencialidad de su "enfermedad". Valoran que dado que la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas está masificada, y dada la configuración espacial del servicio, es difícil preservar la confidencialidad de tener VIH:

“Yo me prefiero aquí... porque en el hospital hay mucha gente que está sufriendo allí de sida... aquí mejor” (Varón, seropositivo, 2009).

“Porque el centro Castaño tiene una organización bien y tiene... [] y preserva el secreto” (Varón, seropositivo, 2009).

Tal y como se comentó anteriormente, este aspecto ha sido un aspecto decisivo en algunos de los entrevistados para abandonar los servicios sanitarios guineanos y acudir a los servicios españoles.

En cuanto a la organización sanitaria de los Centros de Tratamientos Ambulatorio se valora que funciona mejor que el Hospital General de Bata, aunque comentan que en muchas ocasiones también el servicio sanitario está masificado. En este sentido, algunos señalan que el hecho de que haya menos personas hace que se preserve mejor la confidencialidad de su estado serológico, así como tampoco se distingue en la espera el tipo de pacientes que se es:

“Sí, hay más confidencialidad. Porque yo pasé siete meses allí, iba a recoger mis medicamentos y nadie se enteraba, yo me encontraba muchas veces con los guineanos ahí, qué ha venido hacer, no he venido a ver al médico, me decían ah vete tal porque ahí todo está mezclao, no está que eso es cirugía, eso es maternidad, eso es tal, te digo vete a la sala número tal y allí encontrarás a tu médico, y ahí nadie sabe ni siquiera qué has venido hacer. Te sientes más protegida que si, te sientes más segura”(Mujer, seropositiva, 2004).

Por otro lado, también se valora positivamente el trato que reciben de los profesionales sanitarios, y afirman que es mejor. En este sentido, dos entrevistados señalan que en estos centros sanitarios tratan por igual a todas las personas independientemente de que sea un político o tenga dinero:

“En el centro Castaño porque allí me tratan bien, tratan bien a mí” (Mujer, seropositiva, 2009).

“Me tratan mejor, me coge bien, me pregunta... como si me pregunta algo, Hilario qué pasa, cómo tu salud, así, así, así, así...” (Varón, seropositivo, 2009).

“Tú estás allí todo un día sentado, no te dicen te van a atender tal hora ni te van a hacer tal, porque esas hermanas son por lo menos, porque por eso has visto mucho de los análisis yo los estoy haciendo, cuando vas a la hora tú te pones en fila, no importa que, que viene un ministro detrás o viene tal el que ha llegado el número 1, te da el número 1, el que llega el número 2 te da el número 2” (Varón, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).

Y, por último, a las personas entrevistadas se les leyó una batería de estrategias de mejora en la asistencia sanitaria del VIH con la finalidad de que evaluaran y priorizaran dichas estrategias. El primer aspecto evaluado, estuvo relacionado con los profesionales. En relación a ello, se les preguntó sobre sus preferencias a la hora de ser atendidos para el diagnóstico y tratamiento del VIH. Entre las diferentes estrategias (médico/a, curandero/a, cura, jefe de poblado y persona seropositiva) señalan la figura del médico en primer lugar. Argumentan que prefieren que les trate y atienda un médico porque son las personas que consideran más capacitadas y cualificadas. Asimismo, en cuanto a las diferentes opciones, profesionales sanitarios, religiosos, jefes de poblado, curanderos/a, etc., para ser informado de cómo prevenir el VIH, todas las personas entrevistadas señalaron que prefieren que sean los/as médicos/as:

“Porque el médico tiene, más informaciones, es eh, ponía una cosa, te... tenía una información máximo de ese virus, es necesario y, cada el eh, la persona, la persona, cada persona vive su virus y vi el que tenía, no es el virus que la señora tienes, cada virus tiene su forma de progresar, mmm, entonces solamente el médico puede dar más informaciones y la persona puede saber cómo, cómo puede hacer, eh, una lucha contra ese virus” (Mujer, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

En relación al sexo, la mayoría de las personas entrevistadas no le dan importancia al hecho de ser atendido por un hombre o una mujer. Explican que este aspecto no les importa si quien les atiende y trata sea un médico. Asimismo, algunos entrevistados señalan que otro aspecto que tampoco les importa es la edad, por tanto les es indiferente que sea joven o mayor:

“Siempre que es especialista, yo, yo acepto cualquier médico que me pueda atender, cualquiera, puede ser un chavalito así, yo lo acepto” (Varón, seropositivo, Abandono).

También se les preguntó por las preferencias en cuanto a la nacionalidad de los profesionales y las respuestas de las personas entrevistadas estuvieron divididas entre la indiferencia y la preferencia por ser atendido por profesionales sanitarios con nacionalidad extranjera y no guineana. A este respecto, explican que el trato que reciben es mejor cuando se trata de profesionales sanitarios de nacionalidad extranjera,

como es el caso de los médicos españoles:

“Eh... yo prefiero que... un español. Ehh porque, porque un español, un español la primera vez que me llamó, eh, ¿no?... yo no, bueno, bueno yo nooo, yo no quiero cuaderno... me apuntado edad, día... y bueno, tú sabes, tú sabes que... si un hombre te interesa buenamente, eh... bien, eh mujer bien, bien, pero mira dialogar. En Europa yo no sé, eh, vuestro costumbre de Europa, ¿es así?” (Varón, seropositivo, 2009).

Otro aspecto que se indagó fueron las preferencias en cuanto al lugar para recibir información sobre el VIH y/o el diagnóstico precoz o tratamiento. También en este aspecto, las preferencias de las personas entrevistadas están divididas, pues hay muchas personas entrevistadas que le es indiferente el lugar, ya sea en la casa, en el poblado, o en puntos de encuentro sociales mientras que otros señalan que prefieren ser atendidos en las instalaciones sanitarias. A este respecto, hay muchos casos en que no muestran las preferencias, pues señalan que lo realmente importante es tener la formación. Sin embargo, el perfil de medicina tradicional señala que prefieren que sea en los poblados dado al coste económico que ello conlleva pues prefieren que los agentes de salud o los médicos acudan a los poblados para formales sobre el VIH:

“En cualquier lugar donde podáis convocarnos” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

“Yo no sé, puedo ir a cualquier hospital, sois los que tenéis que indicarme dónde” (Varón, sin diagnosticar, medicina tradicional, poblado, nivel educativo bajo).

Una última cuestión que determina las preferencias asistenciales es el coste y, por tanto, la accesibilidad de los medicamentos. Las personas entrevistadas, y en concreto las mujeres, comentan que prefieren el Centro Ambulatorio Castaño o Almendro porque los medicamentos para la familia y sus hijos/as son más económicos que en el Hospital General. También señalan que en el Centro Ambulatorio Almendro los medicamentos son menos costosos que en el Centro Ambulatorio Castaño y que este es también un elemento que influye en sus preferencias asistenciales:

“Puedo darte respuestas del centro Castaño y Almendro, porque he frecuentado con mis hijos. Yo dejo últimamente Almendro. Yo no sé si últimamente también en el centro Castaño con Médicos sin Fronteras. Son sitios donde vendes medicamentos más baratos. Ahí yo frecuentaba con mis primeros hijos 10 años atrás. Yo soy muy fácil irme donde me envían. Esa mujer que ella dirige cosas de VIH en el hospital”(Mujer, seropositiva, abandono).

“De veces voy a María Rajol, de veces vengo aquí, de otras veces voy al hospital general. Entrevistadora: Mm... ¿y cuál de los tres sitios te gusta más? C: Me gusta eh... Castaño. Entrevistadora: Mm... ¿por qué? C: Porque ahí los medicamentos no cuestan caros” (Mujer, sin diagnosticar, medicina moderna, urbano, nivel educativo medio).



VALORACIÓN DEL CASO DE ESTUDIO ESEVIGUE

CAPÍTULO X: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE MEJORA

10.1. INTRODUCCIÓN

A continuación se exponen los principales hallazgos obtenidos en la investigación desarrollada. Acorde al análisis inductivo de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), dichos resultados son discutidos en función de determinadas teorías y modelos explicativos pertinentes para así ir trazando las principales conclusiones del estudio. Asimismo, con base a esta discusión, se discuten posibles medidas y elementos de mejora para así dar respuesta al último objetivo del estudio: Reflexionar sobre los aspectos de mejora asociados a las sociedades tradicionales en la prevención del VIH.

10.2. A NIVEL MACROSOCIOLÓGICO

Acorde a los objetivos generales planteados en la tesis, a nivel macrosociológico se pone de manifiesto que Guinea Ecuatorial no ha sido ajena al proceso de globalización que las sociedades viven en la contemporaneidad. Representa, por tanto, un ejemplo de sociedad predominantemente tradicional inmersa en el proceso de globalización. Indicadores económicos como la tasa de exportaciones e importaciones evidencian la participación de Guinea Ecuatorial en el mercado económico mundial, y máxime a raíz del descubrimiento de los yacimientos de petróleo a principios de la década de los noventa en el país. Asimismo, la presencia del VIH en la sociedad guineana es un claro exponente de «transnacionalismo» (Beck, 1998) que revela otros muchos elementos y dinámicas propias de la globalización en el país. Por ejemplo, la imbricación del Estado guineano con actores transnacionales, tales como la OMS, ONUSIDA, ISCIII, etc., en la implementación de programas, medidas y estrategias de prevención y tratamiento sobre la epidemia. Ello pone de manifiesto que las políticas nacionales ya no recaen y dependen exclusivamente de la soberanía nacional del Estado guineano, pues entran en juego la influencia de otros actores internacionales en el diseño y ejecución de dichas políticas. De ahí la razón de ser del propio estudio de caso ESEVIGUE. Por tanto, a la vista de los datos, puede afirmarse que algunos elementos que definen la estructura social de Guinea Ecuatorial no se ajustan, cien por cien, a los modelos de sociedad tradicional desarrollados por los autores clásicos, pues a pesar de ser un tipo de sociedad predominantemente tradicional existen elementos propios de la modernidad y posmodernidad en su estructura social.

Ahora bien, este nuevo elemento de cambio social en las sociedades tradicionales, saca a la luz la falta de modelos explicativos en las ciencias sociales respecto al acontecer del desarrollo social con la globalización en este tipo de sociedades, ya que los modelos clásicos de análisis no contemplan dicho proceso de cambio social. Se plantea, por tanto, una línea de reflexión y análisis en este campo de estudio.

El VIH constituye en Guinea Ecuatorial un ejemplo de "enfermedad" transnacional que, en palabras de Beck (1998, p.30), "[...] revaloriza culturas locales y trae a un primer plano terceras culturas: un poco de eso [...]". De ahí que sea percibido como una "enfermedad de hospital" de la medicina moderna, de Occidente; una "enfermedad nueva"; ajena y extraña a los sistemas culturales locales sobre la enfermedad de la sociedad guineana (Kleinman, 1980). Representa, por tanto, un peligro o una amenaza transnacional que ha viajado hasta una "sociedad primitiva" traspasando las fronteras como si estas no existieran a través de los viajes de los/as guineanos/as y/o europeos/as. De modo que, en términos de mejora, ello pone sobre el tapete de discusión un primer aspecto a tener en cuenta: la recomendación de que las políticas y estrategias nacionales sobre el VIH sean articuladas teniendo en cuenta este eje «vertebrador local-mundial» (Beck, 1998) en aras de alcanzar mayores cuotas de eficacia, efectividad y eficiencia. En definitiva, en aras de alcanzar mayores cuotas de cambio social y desarrollo humano. A este respecto, otros estudios llevados a cabo recientemente en países africanos como Gambia, Guinea-Bisauu, Senegal y Guinea, también advierten en sus conclusiones, debido a la identificación de barreras culturales en la adherencia al tratamiento, entre otros factores, la importancia de tener presente los aspectos culturales que indican en la percepción social del virus en el diseño de políticas de prevención y tratamiento del VIH en estos países (Dramé et al., 2013; Monteiro, 2009).

Por otro lado, el hecho de que Guinea Ecuatorial padezca de niveles de epidemia generalizada de VIH (OMS, 2008) evidencia cómo la «globalidad del riesgo» (Beck, 1998) no conlleva una igualdad en el riesgo, pues los peligros y las amenazas transnacionales se distribuyen de manera desigual entre los países, en la medida en que estos siguen a los países con menos desarrollo social y humano. De ahí que las altas tasas de prevalencia del VIH en el país son en sí mismas una expresión de la propia asimetría existente entre los países. Y, específicamente, de la existencia de «desigualdades sociales globales en salud» (Ritzer, 2007). Refleja, por tanto, lo que se ha denominado el «gradiente social de salud» (Marmort, 2004); evidenciando que la prevalencia del VIH en Guinea Ecuatorial no responde exclusivamente a determinantes biológicos y de azar sino a cómo la sociedad se organiza, es decir a su estructura social, política y económica. De ahí que sean los factores sociales los que más determinan la distribución del VIH en la población guineana.

10.2.1. EL MODELO CONCEPTUAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

De modo que, sobre la base de la anterior afirmación y acorde al modelo conceptual de los «determinantes sociales de la salud» (OMS, 2007), los resultados obtenidos en el estudio apuntan al hecho de que los factores que más inciden en la prevalencia de la epidemia en Guinea Ecuatorial, al igual que ocurre en muchos países de África (Shannon et al., 2014; Wabiri & Taffa, 2013) son los determinantes estructurales de las desigualdades en salud.

Dentro de los factores estructurales, el contexto político y socioeconómico en el que se desarrollan las políticas públicas, junto con la cultura y los valores propios de la sociedad, ocupan el primer lugar (véase Capítulo V). Por ejemplo, la insuficiencia de políticas que promocionan la salud, o que controlen los niveles de salubridad, junto con el escaso valor que adquiere la salud en la población guineana determina que la población disponga, en términos generales, de un mal estado de salud. Asimismo, la falta de valor que la salud tiene en la sociedad, se acentúa por la concepción mística y espiritual que se mantiene de las enfermedades, independientemente del tipo de enfermedad, pues exime a la persona de la responsabilidad individual ante la protección y el cuidado de su salud y de la enfermedad, y por tanto del VIH, en la medida en que conlleva a un proceso de desapropiación de la salud. Dicha concepción mística de la enfermedad es también mantenida en otros países africanos como Sudáfrica (Kremer & Ironson, 2014; Peltzer, 2009).

A este respecto, y en relación al VIH, se pone de manifiesto que los ejes de desigualdad tales como el género, la etnia y el nivel educativo son factores determinantes en la sociedad guineana. Estos factores también son muy explicativos en la distribución de la prevalencia del VIH en muchos países de África subsahariana como Angola, Mozambique, etc. tal y como muestran los resultados de una revisión sistemática (Li et al., 2014; Monteiro, 2009). Ahora bien, en cuanto al sexo, a pesar de que científicamente está demostrado que existe un mayor riesgo biológico en las mujeres que en los varones durante una relación sexual vaginal no protegida (Myer et al., 2005), la mayor prevalencia en las mujeres responde más a cuestiones de género en relación a la estratificación social y la distribución de poder, dado que las posicionan en una situación de mayor vulnerabilidad social frente al VIH (véase Capítulo VII). En consecuencia, debido a las altas tasa de prevalencia de las mujeres en África, se habla de “feminización del VIH” (Glynn et al., 2010). Específicamente, en Guinea Ecuatorial la dote supone una fuerte barrera para la adquisición del uso del preservativo masculino en la prevención del VIH. Respecto a la etnia, y en concreto la tribu, que determina el nivel económico como eje de desigualdad, cabe señalar que tanto tener un nivel alto como bajo supone un mayor riesgo de poder infectarse del virus. Tener un mayor nivel

económico posibilita mantener relaciones sexuales con un número mayor de mujeres, conlleva por tanto a una mayor promiscuidad. A este respecto, existe evidencia científica consistente para afirmar que, en muchos países africanos, uno de los principales factores de riesgo corresponde al hecho de mantener varias relaciones sexuales simultáneas (Tanser, Bärninghaaussenm, Garnett & Newell, 2011). Concretamente son los varones con mayores recursos económicos, como es el caso del cuerpo militar (MINSABS, 2010), quienes presentan una mayor prevalencia. Dicho resultado, está en coherencia con los datos recientemente publicados por un meta-análisis que concluye que la prevalencia de VIH en el cuerpo militar en muchos países de África subsahariana suele ser más alta que en la población adulta civil, lo cual plantea la necesidad de intervenciones específicas en este sector de población (Lloyd, Papworth, Grant, Byrer & Baral, 2014). En contraposición, un nivel económico bajo conlleva a mantener relaciones sexuales a cambio de obtener algún bien, tal como alimentos, ropa, dinero, etc. A este respecto, parecen ser las mujeres con edades más jóvenes y con menos recursos económicos las más vulnerables. Otras investigaciones también han hallado que la diferencia de edad en la pareja constituye un factor de riesgo para el VIH en la mujeres jóvenes africanas (Harling et al., 2014; Maughan-Brown, Kenyon & Lurie, 2014). Y, en cuanto al nivel de educación, también se pone de manifiesto que a menor nivel educativo parece producirse mayor contagio.

Ahora bien, estos determinantes sociales de la salud también van a interceder, a modo de barreras en la adopción de prácticas preventivas ante el VIH. Tal es el caso del uso del preservativo masculino o en el caso de la mujer. Por tanto, si bien la falta de información que la población tiene respecto a determinadas medidas preventivas, como es el caso de la prevención materno-infantil, el diagnóstico precoz, la transmisión sanguínea del VIH (véase Capítulo VII), constituye un aspecto necesario a mejorar, no es suficiente para poder adquirir dichas prácticas, en tanto en cuanto intervienen otros factores estructurales, de índole social, cultural, político y económico.

Los resultados del estudio también ponen de manifiesto que, según el modelo conceptual de los «determinantes sociales de la salud» (OMS, 2007), los determinantes intermedios, como la cobertura y las barreras de accesibilidad de los servicios sanitarios modernos, son un condicionante para el cuidado de la salud y protección de las enfermedades, y por tanto un factor multiplicador de las desigualdades sociales en salud (véase Capítulo VIII). En relación a ello, los resultados obtenidos apuntan a que las mayores barreras en la accesibilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH se producen en los poblados. Estas se deben principalmente a la falta de cobertura de estos servicios sanitarios. A este respecto, los hallazgos obtenidos en una revisión sistemática sobre la equidad en la utilización de los servicios sanitarios y terapéuticos del VIH en Sudáfrica concluye que hay mayores problemas de accesibilidad en las zonas rurales que urbanas (Tromp, Michels, Mikkelsen, Hontelez & Bautussen, 2014). De modo que, la distancia geográfica, el coste económico por el desplazamiento y el desembolso

económico que conlleva la asistencia sanitaria, representan las principales barreras de accesibilidad de los servicios sanitarios modernos, tanto privados como públicos, para la población de Guinea Ecuatorial que reside en los poblados. Estas barreras de accesibilidad constituyen, en última instancia, motivos de abandono y de no continuidad con los servicios de diagnóstico del VIH. De ahí que esta población oriente sus prácticas asistenciales, dada la mayor accesibilidad, en la utilización de los dispositivos de atención de la medicina tradicional, es decir en las curanderías. A este respecto, el sistema de pago basado en el trueque o la fianza constituyen facilitadores en la accesibilidad de estos recursos. En contraposición, en Bata capital, los problemas de accesibilidad económica, que en mayor medida se presentan en los recursos privados de la medicina moderna como consecuencia de la falta de cobertura de determinadas enfermedades en los servicios públicos, son la principal barrera de accesibilidad de los servicios sanitarios modernos. Ahora bien, en relación a los servicios de diagnóstico y tratamiento de VIH, se evidencia que las barreras existentes se hallan más en la utilización de estos servicios que en la accesibilidad. Tal es el caso de las barreras de utilización del servicio de diagnóstico derivadas del proceso asistencial del protocolo de diagnóstico del año 2004. No obstante, cabe señalar que algunas de estas barreras finalmente pueden ser motivos de abandono y de no continuidad de dichos servicios. Por ejemplo, el hecho de que el diagnóstico no sea realizado a través de un acto único, sino a través de un proceso asistencial definido por varios actos debido al número de pruebas clínicas a realizar, así como el tiempo de espera para obtener la confirmación del resultado del diagnóstico, constituyen las principales barreras de utilización del servicio y, por consiguiente, motivo de insatisfacción con la asistencia recibida. Sin embargo, se pone de manifiesto que estas barreras en la utilización del servicio de diagnóstico han sido eliminadas con la introducción del test rápido como prueba diagnóstica en el proceso asistencial del protocolo del año 2009. Por tanto, la racionalización de los servicios para reducir al mínimo las visitas del paciente en el proceso asistencial del diagnóstico, tal y como ha evidenciado algunas intervenciones llevadas a cabo en países de África Subsahariana (Govindasamy et al., 2014), constituye un facilitador para la utilización y continuidad del servicio de diagnóstico del VIH. Y, por último, en algunos casos, otra barrera en la utilización del servicio, común en ambos protocolos asistenciales de actuación, que representa en última instancia un motivo de abandono y de no continuidad de los servicios, se deriva de la visión medicalizada que se asocia a las "enfermedad de hospital" y, por ende, al VIH. De modo que, en la medida en que se confirma un diagnóstico positivo y no se prescriben fármacos por no requerirse, se abandona el servicio al ser interpretado en claves de no padecer el virus. En relación a ello, otros estudios han evidenciado que niveles no muy bajos de CD4 en pacientes seropositivos tienen menor tasa de adherencia al tratamiento (Govindasamy et al., 2014).

Por tanto, una primera conclusión en función de los resultados obtenidos respecto a los factores explicativos de la epidemia del VIH en Guinea Ecuatorial es que estos se deben a "las causas de las causas de las causas" (Benach et al., 2008). En términos de mejora, ello pone en consideración una segunda

recomendación: debido al escaso valor que la salud adquiere en la sociedad guineana, y acorde al planteamiento de Donati (1994), las políticas de prevención sobre el VIH, y específicamente de promoción del diagnóstico precoz, deberían ser articuladas desde un enfoque integral de promoción de la salud. Ahora bien, dadas las diferencias observadas entre los varones y las mujeres guineanas en cuanto al cuidado y protección de la salud (véase Capítulo VI), estas políticas deberían también contemplar la perspectiva de género, poniéndose énfasis en el desarrollo de programas específicos de educación para la salud de los hombres que incluyan contenidos sobre el VIH. Asimismo, otro aspecto de vital importancia para erradicar la epidemia en el país es que los planes estratégicos nacionales sobre el VIH en Guinea Ecuatorial incidan en los factores sociales que intervienen en el VIH como eje de desigualdad social. En este sentido, deberían llevarse a cabo programas, y adecuar intervenciones específicas, para aquellos segmentos poblacionales que son socialmente más vulnerables ante la epidemia.

10.3. A NIVEL MICROSOCIOLÓGICO

10.3.1. EN RELACIÓN A LA LÍNEA PRINCIPAL DE TRABAJO

Acorde al segundo objetivo general de la tesis, sobre el cual se indaga la línea inicial de trabajo, los resultados obtenidos apuntan al hecho de que los elementos culturales propios de la sociedad guineana en relación a la salud, la enfermedad y la medicina tradicional, a diferencia de otros países africanos donde la medicina tradicional sí tiene una mayor influencia (Asgary et al., 2014; Merten et al., 2010), no constituyen la principal barrera para el diagnóstico precoz del VIH, ni tampoco la principal causa de abandono de los servicios sanitarios y de diagnóstico. Otros muchos factores como la «representación social» (Moscovici, 1979) del VIH, la escasez de políticas que promuevan un diagnóstico precoz, o de programas de educación para la salud, la falta de cobertura o las barreras económicas, geográficas o asistenciales en la accesibilidad de los servicios de diagnóstico así como la propia percepción del VIH, resultado de la visión de enfermedad del «modelo biomédico hegemónico» (Menéndez, 1992), parecen ser causas de mayor peso.

10.3.2. LA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

Desde una perspectiva fenomenológica, los resultados también evidencian que en torno al VIH se establecen determinadas estructuras significativas; en términos de Schütz (1962) un «mundo intersubjetivo». De modo que, este mundo intersubjetivo da sentido a las formas de pensar y actuar de la población guineana ante el VIH y, a su vez, explica las vivencias de las personas con el virus. Por tanto, en

términos de mejora, otra recomendación consistiría en tener en cuenta dichas estructuras significativas en el contenido de las campañas de información y prevención del VIH con el objetivo de poder modificarlas, pues dichas estructuras implican una barrera para la extensión del diagnóstico precoz voluntario a toda la población. A este respecto, otros estudios cualitativos llevados a cabo en el ámbito de estudio del VIH y África han puesto de manifiesto la importancia de tener en cuenta en los mensajes de prevención los distintos significados que el virus adquiere en la población (Conroy, Yeatman & Dovel, 2013; Iwelunmor, Sofohan & Airhihenbuwa, 2014; O'Brien & Broom, 2013; Winskell, Beres, Hill, Mbakem & Obyerodhyambo, 2011).

En términos fenomenológicos se pone de manifiesto la coexistencia de diferentes significados que son determinantes en las formas de pensar y percibir el fenómeno de la epidemia en la sociedad guineana. No obstante, un elemento transversal y común a todos los significados o percepciones que el virus adquiere en la población es la identificación que se produce entre el VIH y el sida. Por tanto, como resultado de esta identificación no se establece ninguna distinción biológica, clínica ni social entre adquirir el virus de inmunodeficiencia humana y desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. De modo que, el VIH adquiere el significado de ser una "enfermedad": la "enfermedad del sida". Ahora bien, dicho proceso de identificación podría ser consecuencia, entre otros factores, de la globalización política producida, es decir por la orientación que las políticas de prevención y tratamiento del VIH y sida han adoptado en el país, fruto de la cooperación al desarrollo llevada a cabo por las agencias y actores internacionales. Estos actores internacionales han desarrollado los programas informativos y educativos sobre el VIH desde una perspectiva etnocéntrica sin tener en consideración los sistemas culturales locales propios sobre la salud y la enfermedad de la sociedad guineana. Acorde a esta visión etnocéntrica parecen haber reproducido los esquemas occidentales de las campañas públicas llevadas a cabo a finales de los ochenta y los noventa en Europa cuando se identificaba el VIH con el sida (Bortolottim et al., 1992; Hiliard, Jenkins, Pashayan & Powles, 2007). Cabe recordar que, por entonces, el sida aún no había pasado a ser una enfermedad crónica por la falta de un tratamiento farmacológico eficaz. De ahí que las campañas desarrolladas a mediados de los años noventa en Guinea Ecuatorial replicaran dicha asociación: VIH, sida y mortalidad.

No obstante, hay que señalar que estas campañas realizadas en el país no solo han tenido una fuerte influencia en las percepciones sobre el virus, pues constituyen el caldo de cultivo para la construcción de la «representación social» del VIH en la sociedad guineana.

En cuanto a los distintos significados que el VIH adquiere, al igual que en otros países africanos (Isiugo-Abanihe, 2006; Iwelunmor et al., 2014; O'Brien & Broom, 2013; Ndiwane, 2008; Samuelsen, Norgaard & Ostergaard, 2012) se pone de manifiesto la importancia del contexto cultural en la construcción de dichos significados y percepciones. De ahí la percepción unánime y común del VIH como "enfermedad de hospital", en oposición a las enfermedades tradicionales. Predomina, por tanto, el

significado de que se trata de una "enfermedad" propia de la medicina moderna, y acorde a los elementos definitorios del «modelo biomédico hegemónico occidental» (Menéndez, 1992). Ahora bien, dicha percepción de "enfermedad de hospital" genera determinadas barreras para la prevención y tratamiento del VIH, y por consiguiente para su diagnóstico precoz. Por ejemplo, acorde al «modelo biomédico hegemónico occidental» “las enfermedades de hospitales” son tipificadas e identificadas a través de las manifestaciones de los síntomas clínicos y patológicos en el cuerpo del ser humano. Hecho que implica la dificultad de poder identificar el virus en su fase asintomática en tanto en cuanto se carece de síntomas. A este respecto, algunos estudios clínicos han mostrado que el tipo de VIH-2, prevalentemente minoritario en Guinea Ecuatorial (MINSABS, 2012) a diferencia del tipo de VIH-1, comprende de una fase asintomática más duradera en el tiempo (Menéndez-Arias & Álvarez, 2014). De ahí que esta ausencia de síntomas sea una barrera para la demanda voluntaria de las pruebas diagnósticas, y por tanto para un diagnóstico precoz del VIH, al carecer de indicadores físicos en el cuerpo que alerten de la presencia del virus. Asimismo, esta falta de síntomas clínicos durante la fase asintomática conlleva a cuestionar la validez y veracidad de los resultados positivos de las pruebas clínicas, siendo un motivo de abandono para la continuidad de los servicios de diagnóstico del VIH. A este respecto, a pesar de no haber investigaciones que estudien en profundidad la relación entre la fase asintomática del VIH-2 y el abandono de los servicios, algunos estudios han puesto de manifiesto la correlación existente con otros indicadores relacionados con la fase asintomática y la falta de adherencia. Por ejemplo, un estudio realizado en Tanzania concluye que altos niveles de CD4, alta masa muscular y un estado de salud bueno parecen ser buenos predictores en la menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Muya et al., 2014).

Por otro lado, acorde al «modelo biomédico hegemónico occidental», impera una visión medicalizada sobre las enfermedades en la medicina moderna. En consecuencia, el virus es percibido y adquiere significado de "enfermedad rara", en tanto en cuanto es una "enfermedad de hospital" que, a diferencia del resto de “las enfermedades de hospitales”, no puede curarse con medicamentos. Ahora bien, esta visión medicalizada del VIH constituye otro de los motivos de abandono de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH, en la medida en que la no prescripción de fármacos en los estadios pocos avanzados del virus va a ser interpretada en claves de no existencia del virus en el cuerpo humano (Rodríguez, Blasco & Nzang, 2012). Asimismo, el hecho de que el virus sea percibido como una "enfermedad" nueva, desconocida y “de otros” también conlleva a una negación de su existencia en una parte de la población. Dicha negación ha sido puesta de manifiesto en otras investigaciones realizadas en Sudáfrica (Dahab et al., 2014) así como en otros países africanos como Tanzania y África subsahariana (Laukamm et al., 2000; Williams, 2014). En nuestro caso de estudio, la negación que se produce de la existencia del virus parece relacionarse con tener una edad mayor y un nivel de formación menor. Por tanto, esta negación implica un gran obstáculo para la eficacia de los programas preventivos sobre la epidemia, y específicamente para la adquisición del diagnóstico precoz como medida de prevención. A su

vez, dicha negación constituye también una razón de abandono de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH. De modo que, de cara a combatir esta falsa creencia se plantea la recomendación de desarrollar intervenciones de sensibilización a través de personas que viven con VIH. A este respecto, existen ejemplos de intervenciones con metodología de iguales realizadas en otros países africanos que han resultado ser exitosas (Dageid, 2014; Heijden & Swart, 2014; Lardoux & N'Bouke, 2013; Mburu et al., 2013; Moyer, 2014).

Otra percepción predominante sobre el VIH, y mayoritaria en la población, consiste en ser entendida como una "enfermedad de abuso sexual" que adquiere connotaciones morales en base a la concepción judeo-cristiana respecto a lo normativo y prescriptivo en cuanto a la sexualidad. Ahora bien, estas connotaciones morales son un ingrediente fundamental en la configuración de procesos de estigmatización que se desarrollan alrededor de las personas seropositivas y en la representación social construida del virus. Asimismo, este significado del virus como "enfermedad" de abuso sexual constituye una barrera para la adquisición del diagnóstico precoz, en la medida en que haber adquirido el VIH va a ser interpretado en claves de desviación social.

Ahora bien, acorde al significado de "enfermedad de abuso sexual" y de "enfermedad mortal", el VIH es finalmente reificado, en términos de Berger y Luckmann (1967), en el «*lebenswelt*». Por tanto, cristaliza, la «representación social» del VIH en la sociedad guineana.

10.3.2.1. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH

La «representación social» construida del VIH explica los comportamientos desde el marco cultural de los individuos ante el virus, permitiendo unificar lo individual con lo colectivo; lo simbólico y lo social; el pensamiento con la acción así como las vivencias respecto al virus. Dicho concepto se compone de tres elementos analíticos: las actitudes, la información y el campo de representación (Moscovici, 1979). En el caso de la «representación social» construida del VIH en la sociedad guineana, las actitudes de la población hacia el virus muestran una orientación desfavorable y negativa hacia dicha representación. Esta visión desfavorable está basada en un conjunto de ideas y falsas creencias sobre el virus que conforman el campo de representación, y son resultado de la poca y la falta de veracidad de la información que dispone la población guineana al respecto (véase Capítulo VII). Hay que tener en cuenta que este elemento además de dinamizar la acción de los individuos también expresa el aspecto más afectivo de la representación. Por ello, la «representación social» del VIH da sentido a las vivencias de las personas ante el virus. De ahí que también sea uno de los motivos de mayor peso en el abandono de los servicios sanitarios de diagnóstico y tratamiento del VIH.

El campo de representación se construye en función de la identificación realizada del virus con la enfermedad del sida y con la idea de muerte. Ello da lugar a la invisibilidad del virus frente a la visibilidad

que adquiere el sida como enfermedad grave y mortal. De tal modo que, el VIH queda finalmente representado en el imaginario colectivo de la sociedad guineana como una "enfermedad" grave y mortal. Ahora bien, en esta asociación entre VIH y muerte, radica la razón de ser del desarrollo de mecanismos de control social que surgen en torno a las personas que tienen el virus, tales como el estigma, el prejuicio, así como formas de rechazo y discriminación social. A este respecto, otros estudios de corte cualitativo llevados a cabo en el contexto africano han puesto de manifiesto la idea de mortalidad que adquiere el VIH (Alamo et al., 2012; Corneli et al., 2014). Asimismo, numerosos estudios han evidenciado la existencia de mecanismos de control social en África subshariana. Entre ellos cabe mencionar una revisión sistemática publicada recientemente sobre el estigma existente respecto al VIH (Judgeo & Moalusi, 2014).

Por tanto, la idea de mortalidad que conlleva tener el virus adquiere connotaciones que van mucho más allá del acontecimiento biológico de morir, pues se la dota, acorde al contexto cultural local de la sociedad guineana, de sentido social. De modo que, buscan explicaciones del porqué de la muerte que se produce con el virus, y al tratarse de una "enfermedad de hospital" hallan explicaciones místicas y espirituales en Dios. Esta mortalidad va a ser interpretada en clave de castigo divino en relación a la percepción que se tiene de "enfermedad de abuso sexual". Por tanto, este castigo divino es consecuencia del abuso del sexo cometido por la persona, y por consiguiente, por la desviación social respecto a los preceptos morales, católicos-cristianos, que dictaminan lo normativo y prescriptivo sobre la sexualidad en la sociedad guineana. De modo que tener VIH se convierte en una desviación social. A este respecto, este significado de "enfermedad mortal" y de "enfermedad promiscua" ha sido también obtenido en un estudio cualitativo realizado recientemente en Zimbabwe (O'Brien & Broom, 2013).

Dicha representación constituye una de las principales barreras para la realización voluntaria del diagnóstico precoz, en tanto en cuanto la realización de las pruebas diagnósticas significa enfrentarse no solo a la muerte biológica sino también a la muerte social del individuo. De modo que, en relación a ello, se derivan otras propuestas de mejora: la necesidad de desarrollar acciones específicas que deconstruyan la representación social creada; desvincular la asociación entre VIH, sida y muerte. Y, debido a que hasta la fecha no se han implementado programas y medidas con esta finalidad, se pone de manifiesto la necesidad urgente de modificar y cambiar dicha representación social. A este respecto, dado el peso tan importante que la tradición oral tiene en la sociedad guineana, sería aconsejable emplear los mismos elementos y mecanismos de la tradición oral en la deconstrucción de la representación social del VIH. Por ejemplo, el uso de leyendas, cuentos, rumores así como, en general, la narrativa. En esta línea de intervención han sido llevados a cabo algunos programas en países africanos (Penn & Watermeyer, 2014; Petersen, Mason, Bhana, Bell & McKay, 2006). En Sudáfrica recientemente se ha desarrollado el programa Amaqhwa cuya finalidad ha sido modificar la representación de la salud de las personas seropositivas a través de los relatos sobre el VIH que las mujeres de mayor edad narraban (Petersen et al., 2006). Asimismo, sería muy pertinente llevar a cabo campañas de información y sensibilización cuyo objetivo sea normalizar y

desdramatizar el VIH como "enfermedad", para lo cual sería muy conveniente que el contenido de estas campañas incidiesen y resaltasen los aspectos positivos del VIH tales como el hecho de que consiste en una "enfermedad crónica"; que tiene tratamiento que mejora la calidad y esperanza de vida; así como todos los beneficios que para la salud de la persona reporta la realización del diagnóstico precoz (Leon et al., 2014; Neuman, Helleringer, Desclaux & Obermeyer, 2014). Ahora bien, en relación al desarrollo de estas campañas, debido a los resultados obtenidos en la investigación sobre este aspecto, sería recomendable que fuesen lideradas por expertos/as en la materia, pues al tener una mayor credibilidad en la sociedad, podría derivar en una mayor aceptación de las campañas. Por otro lado, los resultados de la investigación muestran que también se produce una mayor confianza con los profesionales sanitarios extranjeros. De modo que, de cara a garantizar una mayor confidencialidad del diagnóstico, también sería aconsejable que las campañas y acciones divulgativas de promoción y extensión del diagnóstico precoz fuesen llevadas a cabo, en la medida de lo posible, por profesionales extranjeros. A este respecto, algunos estudios han analizado la importancia de adecuar el lenguaje empleado de estas acciones a las claves culturales y al nivel educativo de la población diana (Bekalu, Eggermont, Ramanadhan & Viswanath, 2014; Monteiro, 2009; Wood & Rens, 2014). Por tanto, este sería también un elemento relevante a tener presente en el marketing y en el diseño de dichas acciones. Además, como aún persiste la negación del VIH en Guinea Ecuatorial por parte de algunos sectores de la población, y con el objetivo de alcanzar también una mayor normalización del virus en la sociedad, sería conveniente llevar a cabo programas de intervención que empleasen el método de iguales.

Ahora bien, el hecho de que la mayoría de la población entrevistada comparta la representación social construida del VIH desvela que, a pesar de que en términos generales se dispone de información sobre el virus, no se tiene un conocimiento veraz y fiable. A este respecto, se pone de manifiesto que el sector de población que dispone de un menor conocimiento sobre el VIH, y una representación social más acusada, es el perfil de personas que residen en poblados y las personas entrevistadas con menor nivel educativo. Esta relación entre menor nivel educativo y menor conocimiento sobre el VIH también se produce en otros países africanos como Nairobi (Ntsepe et al., 2014), (Wabiri & Taffa, 2013), (Ress, 2008). En contraposición, el perfil de población con un mayor nivel educativo y las personas seropositivas entrevistadas son las que manifiestan tener un mayor conocimiento.

10.3.2.2. EL VIH Y LA DESVIACIÓN SOCIAL

Ahora bien, la desviación social que supone tener VIH no puede ser entendida en clave funcionalista, dado que no cristaliza como una «desviación legítima» (Parsons, 1951) donde se exime de toda responsabilidad al individuo que tiene la "enfermedad", es decir de tener VIH. Más bien ocurre todo lo contrario, pues dicha responsabilidad queda finalmente cosificada en culpa. Asimismo, tampoco dicha

desviación social puede ser explicada en términos de Foucault (1966), en la medida en que no se responsabiliza al individuo por alejarse de los preceptos morales salubrista que dictamina la medicina moderna, como podría haber sido el caso de no haber utilizado el preservativo masculino, sino por la desviación cometida respecto a los preceptos morales católicos-cristianos. Hecho que a su vez pone de manifiesto que la medicina moderna aún no se ha establecido fuertemente como un mecanismo de control social. De modo que, tener VIH representa una desviación no legítima que ofende a la “moral general”. De ahí el castigo divino con la muerte y la condena social a través de procesos estigmatizadores en las personas que lo padecen.

En cuanto al tipo de desviación que implica tener VIH, este adquiere categoría de «desviación secundaria» (Lemert, 1951), en tanto en cuanto modifica el «rol social» (Parsons, 1951) de la persona que lo padece; su «identidad social» (Tajfel & Turner, 1979); y en última instancia redefine y reorganiza el «autoconcepto» (Mead, 1934).

De modo que, los roles sociales son modificados por el cambio que se produce en la sexualidad a raíz del precepto salubrista de utilizar el preservativo masculino en la esfera más íntima de las relaciones sociales, es decir en la relación sexual. A este respecto, cabe recordar que la sexualidad humana adquiere un gran valor en las relaciones interpersonales y sociales en la sociedad guineana, donde constructos sociales como el amor romántico, el amor pasional, etc. no tienen cabida. Por tanto, se produce un cambio en la sexualidad que modifican los roles en relación a la procreación; al género masculino y femenino; a la paternidad y a la maternidad. Cabe señalar la importancia que los/as hijos/as adquieren en la sociedad guineana por el gran valor social que tiene la familia y también porque adquieren valor de “riqueza” debido a que son considerados como bienes de producción. Así, los hijos/as, al igual que “tener mujeres”, otorgan estatus social. Y, por consiguiente, tener VIH conlleva una pérdida de estatus social. De ahí los casos de personas entrevistadas que señalan la pérdida de masculinidad sufrida a raíz del diagnóstico de VIH como consecuencia del cambio producido en su sexualidad, y por tanto la imposibilidad de poder tener hijos/as, y en última instancia mujeres. A este respecto, otros estudios cualitativos realizados en África han desvelado que la construcción social sobre lo varonil, los roles de género y la familia constituyen razones de por qué los hombres ocultan su estado seropositivo (Iwelunmor et al. 2014; Monteiro, 2009).

El VIH conlleva a una redefinición de la identidad social del individuo al etiquetársele dentro del grupo social de desviados por el abuso sexual cometido, produciéndose a su vez una redefinición de su «autoconcepto» (Mead, 1934). Por tanto, si bien el VIH no conduce a una muerte biológica, aunque se crea y piense lo contrario, sí conduce a la muerte social del individuo. De ahí que algunas personas seropositivas entrevistadas en el proceso de auto-identificación con los nuevos roles, con la nueva identidad y de su redefinición de autoconcepto, antes de que se produzca ese cambio de identidad social, decidan romper con todos sus vínculos sociales, aislarse, esconderse y consolarse con el alcohol. O, por el

contrario, se rechaza esta nueva identidad social con el suicidio, produciéndose así lo que se denomina la «profecía autocumplida» (Merton, 1949). A este respecto, un metaanálisis realizado sobre la relación entre trastorno mental y tener VIH evidencia una alta prevalencia en las personas con VIH y sida (Breuer, Myer, Struthers & Joskam, 2011).

El hecho de que sea el VIH una desviación secundaria, representa una de las razones por las que las personas ocultan que lo padecen, dado que le permite preservar y proteger la identidad social y evitar así la estigmatización. Por tanto, esta consideración como desviación secundaria puede dar lugar a una de las grandes barreras para la demanda voluntaria del diagnóstico precoz, en tanto en cuanto supone enfrentarse a este cambio en la identidad social. De modo que, hay que tener en cuenta que en este contexto la realización del diagnóstico precoz puede iniciar un proceso de estigmatización social. A este respecto, investigaciones realizadas en el contexto africano que han desvelado que el estigma que existe repercute en la realización de pruebas diagnósticas y en la adherencia al tratamiento (Adebayo, Fakolade, Ekweremadu, Ladipo & Ankomah, 2011; Williams, 2014).

En esta misma línea de pensamiento, también son explicativos los análisis realizados por el autor Friedson (2007), en cuanto a la aceptación o no del enfermo/a según sea la responsabilidad y la gravedad de la enfermedad, de por qué en Guinea Ecuatorial las personas que se infectan del virus no son aceptadas socialmente. En primer lugar, ello se debe a la responsabilidad que se le atribuye a la persona de haber adquirido el virus por haber abusado de sexo, lo cual conlleva a la no legitimidad del rol de enfermo/a en términos de Parsons (1951), y por consiguiente su consideración de desviado. En segundo lugar, la consideración de enfermedad como desviación social es reforzada por la gravedad que adquiere el VIH, en tanto en cuanto es percibida como una enfermedad mortal. De modo que se produce una negación de la condición de enfermo/a a la persona que padece el virus, considerándosele culpable de su estado de salud y no perdonándosele dicho estado de anomalía a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades. Estos sentimientos de culpa también han sido expresados por personas seropositivas en otras investigaciones de corte cualitativo llevadas a cabo en otros países africanos como consecuencia del estigma existente (Breuer et al., 2011; O'Brien & Broom, 2013; Laver et al., 2014a; Laver et al., 2014b; Ware et al., 2013).

De modo que al VIH se le atribuyen una serie de cualidades y atributos, adquiriendo por tanto una materialidad distinta que van mucho más allá de un simple mal, y que van a ser interpretadas por las personas, y que en última instancia van a moldear las conductas. De ahí que se hayan desarrollado una serie de «tipificaciones hacia los demás», en términos de Shütz (1962), que van a servir para reconocer la "enfermedad" en las personas que padecen el virus. Frente a la ausencia de síntomas patológicos del virus, estas tipificaciones se constituyen como signos y síntomas sociales de la enfermedad. De modo que, el VIH se convierte en una enfermedad socialmente reprochable (Stong, 1974), que implica una etiqueta desfavorable y permanente para la persona que lo padece, y que finalmente conlleva a un proceso de estigmatización, y formas de rechazo y discriminación social. A este respecto, son numerosos los estudios

llevados a cabo que han desvelado la existencia de diferentes formas de discriminación en las personas seropositivas en África (Amo-Adjei & Darteh, 2013; Cannon, 2013; Dos Santos et al., 2014). De hecho, a fecha de hoy, la eliminación del estigma y la discriminación sobre el VIH continúa siendo una de las asignaturas pendientes.

10.3.2.3. TEORÍA DE LA REACCIÓN SOCIAL Y LOS MECANISMOS DE CONTROL SOCIAL

En la medida en que el virus es considerado como una desviación secundaria, acorde a la «teoría de la reacción social» (Tannenbaum, 1938), emergen reacciones sociales negativas hacia la persona que se identifica que tiene VIH. Así, el retiro de la simpatía, la negativa a compartir platos, o en su vertiente más extrema, la discriminación que se produce como es la negación de ser operado en quirófano por miedo al contagio por la vía sanguínea, hacen saber al individuo cuál es su nuevo lugar y categoría social en la sociedad.

Los resultados obtenidos evidencian la puesta en marcha de una serie de mecanismos de control social, tales como los estereotipos, el congosa, el rumor, las risas y las mofas alrededor del VIH y, específicamente, en las personas que lo padecen. De ahí que finalmente el virus se constituya en la sociedad guineana como un tabú social. A este respecto, un estudio etnográfico realizado en Sudáfrica analiza las implicaciones que tienen estos elementos de la cultura oral en la merma de eficacia de los programas preventivos (Stadler, 2003).

De modo que, los estereotipos establecidos sobre las personas que viven con VIH, contruidos sobre la base de algunos de los síntomas del sida en fases muy avanzadas –el “estar flaquito”, manchas en la piel, la pérdida de cabello– adquieren la funcionalidad de advertir y señalar a la sociedad la persona que padece de VIH. Desde una perspectiva fenomenológica, estos estereotipos representan «tipificaciones hacia los demás» (Shütz, 1962) y son empleados en el mundo intersubjetivo, en el mundo de vida diaria, para identificar y comprender las personas que tienen el virus. Por tanto, estos estereotipos desvelan el anonimato y la confidencialidad del estado serológico de la persona que tiene VIH. Ello constituye la razón de ser de que algunas personas entrevistadas muestren una gran preocupación por ocultar estos síntomas. No obstante, también cumplen la función de invisibilizar a las personas seropositivas, que no reúnen estos estereotipos, de que se tiene el virus. Asimismo, cabe señalar que estos estereotipos tienen un efecto perverso en la aceptación del resultado positivo del diagnóstico, pues da lugar a un cuestionamiento de su veracidad, y finalmente a un rechazo, en la medida en que las personas diagnosticadas no presenten ninguno de los síntomas que definen dichos estereotipos. Este cuestionamiento constituye otra de las causas de abandono de los servicios de diagnóstico y tratamiento. Y, por último, cabe mencionar que el miedo a sufrir congosa, por el desprestigio social que implica, también representa otras de las razones de

abandono de los servicios de diagnóstico y tratamiento.

10.3.3. LA ADQUISICIÓN DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS: BARRERAS Y FACILITADORES

En cuanto a las prácticas adoptadas respecto a las medidas de prevención del VIH, los resultados obtenidos también ponen de manifiesto otras áreas de mejora.

En líneas generales, el perfil de participantes con un mayor nivel educativo refleja una mayor adquisición de hábitos y prácticas preventivas respecto al VIH. Específicamente, en relación al uso del preservativo masculino como método de prevención del VIH, a pesar de que toda la población posee información de ello, y a pesar de ser la promiscuidad una práctica habitual en la sociedad guineana, la tendencia general es a no ser empleado en las relaciones conyugales. A este respecto, los resultados evidencian que son las barreras culturales las que cobran un mayor peso como factores explicativos de esta tendencia. De modo que, tanto los varones polígamos como monógamos, y las mujeres que residen en poblados, señalan que la razón principal de no emplear este recurso preventivo del VIH se halla en los derechos que se adquieren en la cultura tradicional guineana por la dote. En este sentido, en tanto en cuanto la dote conlleva a la consideración de la mujer como propiedad, objeto o posesión, exime al hombre de toda obligación y responsabilidad de renunciar a niveles menores de placer sexual al emplear el preservativo en aras de no transmitir el VIH. De ahí que el principal motivo de por qué las mujeres doteadas no utilicen preservativo masculino, a pesar de conocer que sus cónyuges mantienen relaciones extramatrimoniales, y de saber de la existencia del virus, se base en el hecho de ser “sus propias”. A este respecto, otras investigaciones realizadas en Sudáfrica, Mozambique, etc., ponen de manifiesto que el hecho de que el hombre tenga el control sobre la sexualidad, la reproducción y la familia por tradición cultural implica una gran barrera para la negociación del preservativo masculino (Shai, Jewkes, Nduna & Dunkle, 2012; Kacanek et al., 2012; Shai, Jewkes, Levin, Dunkle & Nduna, 2010). Una segunda barrera para el empleo del preservativo masculino es la pérdida de placer que conlleva para el hombre. Y, por último, otra razón señalada es la incompatibilidad que supone su uso con la procreación humana. Este último resultado también ha sido señalado por otras investigaciones (Headley et al., 2014; Monteiro, 2009).

No obstante, aunque la tendencia general es la no utilización del preservativo masculino, se observa un mayor empleo en las relaciones extramatrimoniales, debido al miedo de ser infectado de VIH ante una mayor percepción de riesgo. A este respecto, se pone de manifiesto que los varones que residen en la ciudad suelen utilizarlo con más frecuencia que los varones que residen en los poblados. Este patrón en su uso también ha sido puesto de manifiesto en otros estudios (Agadjanian, 1998; Monteiro, 2009). Además de los motivos anteriormente señalados, otro de los motivos explicativos de este menor uso del

preservativo masculino en los varones que residen en los poblados consiste en la inaccesibilidad de este método de prevención del VIH en los poblados, dada la ausencia de puntos de distribución o venta de los mismos. Por tanto, se recomienda: mejorar la accesibilidad del preservativo masculino a través de su distribución en los puestos de salud en los poblados. Ahora bien, se aconseja que su distribución sea gratuita para eliminar las barreras de accesibilidad económica. Además sería conveniente que su distribución se llevara a cabo a través de agentes de salud, bien de la medicina moderna o de la medicina tradicional, de cara a realizar intervenciones más integrales sobre educación para la salud.

Con la finalidad de comprender y mejorar la adopción de esta práctica preventiva en la sociedad guineana, cabe mencionar los efectos no deseados que han generado las campañas y las estrategias de sensibilización llevadas a cabo sobre el preservativo masculino. El planteamiento de dichas campañas basado en el enfoque ABC (abstinencia, fidelidad y uso del condón), ha dado lugar a que el preservativo masculino adquiera finalmente unos significados que cristalizan en barreras para su uso en las relaciones sexuales. De modo que, debido a que las estrategias de promoción del uso del preservativo masculino han estado vinculadas exclusivamente a la prevención de las enfermedades o infecciones de transmisión sexual, y más específicamente al VIH, sin introducirse su uso para otros fines como la planificación familiar, el preservativo adquiere unas connotaciones negativas que van a ser contraproducentes para su adopción como práctica preventiva. En algunos casos, dichas connotaciones negativas son consecuencia de la asociación que se produce entre usar el preservativo con tener VIH. Dicha asociación se configura como una barrera para que los hombres adopten esta práctica, en la medida en que se les puede identificar e interpretar con tener el virus. Y, en otros casos, el uso del preservativo adquiere connotaciones de falta de confianza en la pareja, o también puede implicar una acusación indirecta de tener VIH si la mujer demanda al hombre ponérselo. Estas barreras en el uso del preservativo masculino también han sido halladas en otros contextos africanos (Monteiro, 2009; Prata, Vahidnia & Fraser, 2005).

Por tanto, a la vista de los resultados, y con la finalidad de aumentar la adquisición de esta práctica preventiva, se apuntan algunas recomendaciones al respecto. En primer lugar, en relación a las barreras que se derivan de la cultura tradicional, y específicamente con la dote, sería aconsejable emprender campañas que sensibilicen e incidan en la responsabilidad individual que cada persona tiene en la transmisión del virus al mantener prácticas de riesgo tales como el hecho de no utilizar métodos de protección. A su vez sería también pertinente abrir un debate sobre la adecuación de ir avanzando en el ámbito legal, y así deconstruir la normalización y permisividad social existente, respecto a la tipificación como delito del hecho de no utilizar preservativo en las relaciones sexuales si se tiene un diagnóstico seropositivo de VIH. En segundo lugar, en relación a la resistencia de los hombres a utilizar el preservativo masculino por la pérdida de placer que conlleva, y debido al poco poder de negociación que la mujer guineana tiene por la posición que ocupa en el sistema sexo-género patriarcal en la sociedad, sería aconsejable introducir el preservativo femenino como método alternativo de prevención del VIH. A este

respecto, la introducción de este método en contextos fuertemente marcados por la dominación masculina conlleva a un empoderamiento sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Hoffman et al. 2008; Stein, 1990). Ahora bien, de cara a obtener mayores cuotas de éxito en la aceptación de este nuevo método de prevención, sería conveniente la distribución gratuita del preservativo femenino con la finalidad de eliminar las barreras de accesibilidad económica en su uso derivadas de la poca independencia económica que tienen las mujeres en esta sociedad. También llevar a cabo programas de promoción e información sobre este método de prevención del VIH, así como desarrollar talleres específicos destinados a las mujeres sobre cómo y para qué utilizarlo. Y por último, en relación a los significados que adquiere el uso del preservativo masculino por su vinculación exclusiva con el virus sería recomendable emprender acciones y programas que desvinculen el uso del preservativo masculino con tener VIH. Los contenidos de las campañas de promoción de preservativos deberían incidir en que deben ser utilizados por toda la población sana, independientemente de ser hombre o mujer, o para la protección de la salud sexual y reproductiva. Debido al gran valor, éxito, que tiene la música o el fútbol en la sociedad guineana, y de cara a obtener mayores cuotas de influencia y aceptación, estas campañas podrían ser lideradas por personas con cierto prestigio social y mediático, y que a su vez gocen de un buen estado de salud, tales como jugadores de fútbol, cantantes guineanos o políticos.

En cuanto a la prevención del VIH por transmisión sanguínea, los resultados obtenidos apuntan al hecho de que la población apenas adopta prácticas preventivas al respecto por el desconocimiento que se tiene. No obstante, las mujeres adoptan más prácticas preventivas, comparativamente con los hombres, al disponer de mayor información. Por tanto, determinadas prácticas culturales como la pedicura o manicura, realizadas tanto por los hombres como en mujeres, o los ritos en las curanderías, implican un comportamiento de riesgo en la infección del virus, en la medida en que los utensilios empleados no están esterilizados. Otros estudios también han puesto de manifiesto el riesgo que conlleva determinadas prácticas culturales en la infección del virus (Bishop, 2004; Ndiwane, 2008). Por tanto, de cara a mejorar los resultados de las políticas de prevención del VIH, se apuntan algunas propuestas de mejora. En primer lugar, se señala la necesidad de desarrollar programas que incrementen el nivel de conocimiento de la población sobre este aspecto. En este sentido, sería recomendable que dicha intervención fuese llevada a cabo no solo desde la medicina moderna sino también en colaboración con la medicina tradicional debido al papel que juega en esta vía de transmisión. Asimismo, sería aconsejable que las autoridades sanitarias guineanas regulen y establezcan los mecanismos necesarios para garantizar y asegurar que los utensilios empleados en estas prácticas reúnan las condiciones mínimas de salubridad para prevenir la transmisión de enfermedades. Por otro lado, también sería recomendable auditar los sistemas de control y vigilancia sobre la transmisión de enfermedades en las donaciones y transfusiones de sangre en el sistema sanitario moderno tanto privado como público de cara a mejorar y reforzar el sistema de seguridad.

En cuanto a la realización del diagnóstico precoz como medida de prevención, la población

desconoce que pueda ser una medida de prevención del VIH y sida. Ahora bien, dichos resultados están en coherencia con las políticas de prevención llevadas a cabo en el país, en tanto en cuanto hasta la fecha aún no se ha llevado a cabo ninguna estrategia informativa para su promoción e implantación. No obstante, la mayoría de la población sí conoce la existencia de las pruebas diagnósticas para saber si se tiene el virus, y dado a que se percibe como una "enfermedad de hospital" se identifica que se debe acudir a los dispositivos de la medicina moderna para su realización. Los resultados obtenidos al respecto ponen de manifiesto que existe un gran desconocimiento en la población sobre el hecho de que los Centros de Tratamiento Ambulatorio también ofrezcan este servicio de diagnóstico y tratamiento. Por tanto, de cara a una implementación eficaz y efectiva en la extensión del diagnóstico precoz a toda la población, deberían emprenderse acciones que den a conocer dicho recurso. Otro elemento sobre el cual también debería hacerse difusión, de cara a eliminar las barreras de accesibilidad económica, es el hecho de que son gratuitas, pues la mayoría de la población desconoce este dato. Por otro lado, debido a que los resultados obtenidos apuntan al hecho de que estos dispositivos preservan mejor la confidencialidad y el anonimato, y por tanto protegen del estigma, que los Hospitales, sería conveniente plantear la pertinencia de llevar a cabo la extensión del diagnóstico precoz a toda la población a través de la red de atención primaria. A este respecto, recientemente han sido implementadas diferentes estrategias en otros países africanos como Sudáfrica, Zambia y Kenia, para la extensión del diagnóstico precoz a través de la red de atención primaria (Fraenzel, Kranzer, Caldwell, Bekker & Wood, 2010; Lawn et al., 2011; Leon et al., 2014). Otra recomendación, debido a los problemas de accesibilidad en la población que reside en los poblados para la realización del diagnóstico precoz, consistiría en trabajar con la medicina tradicional en la implementación de programas y acciones para la extensión del diagnóstico precoz. Por otro lado, teniendo en cuenta los problemas de cobertura asistencial, y las mayores barreras económicas en la accesibilidad de los servicios sanitarios modernos, que existen en los poblados sería aconsejable implementar estrategias más proactivas, como realizar una captación activa a través de equipos itinerantes. Por otro lado, debido a la mayor accesibilidad existente a los diferentes recursos de la medicina tradicional en los poblados, sería recomendable trabajar conjuntamente con la medicina tradicional.

En líneas generales, se pone de manifiesto el gran desconocimiento que existe en la población respecto al VIH. Por tanto, en relación a esta falta de conocimiento, se deriva otra propuesta de mejora: la implementación de estrategias y programas de información, más allá del entorno sanitario, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre el VIH en la población. Por ejemplo, dichas intervenciones deberían llevarse a cabo en el entorno educativo, en las asambleas de poblados, en las ceremonias litúrgicas, en los centros culturales y espacios de ocio, etc. A este respecto, debido a los sistemas culturales locales sobre la salud en los países africanos, numerosos estudios plantean la pertinencia de sensibilizar e incrementar el conocimiento sobre el VIH más allá del ámbito de la medicina moderna, estableciendo para ello alianzas con los líderes espirituales (Homsy et al., 2004; Merten et al., 2010; Monteiro, 2009; Peltzer, 2009).

Asimismo, dado que la radio, y en segundo lugar la televisión, son las fuentes informativas por excelencia en la sociedad guineana, sería recomendable llevar a cabo programas informativos sobre la prevención y el tratamiento del VIH en estos medios. Ahora bien, en aras de alcanzar un mayor impacto, es recomendable que dichas intervenciones no sean puntuales sino que se establezcan periódicamente en un intervalo de tiempo con base a unos objetivos. A este respecto, una evaluación realizada sobre los efectos que han tenido las campañas informativas a través de los medios de comunicación en África subsahariana desvela que es un instrumento muy potente para eliminar el estigma existente, y así reducir la brecha existente en cuanto a la información sobre el VIH entre personas de alto nivel educativo y bajo nivel educativo (Bekalu et al., 2014).

10.3.3.1. MOTIVOS Y RAZONES DEL DIAGNÓSTICO

Ahora bien, conocer cuáles han sido las razones que llevaron a la población diagnosticada a realizarse las pruebas clínicas, merece una atención especial en tanto en cuanto proporciona una información útil para orientar las políticas de prevención del VIH, y en concreto las estrategias de extensión del diagnóstico precoz, pues desvela y permite conocer los motivos que conducen a realizar dicha práctica. A este respecto, cabe mencionar que, hasta la fecha, existe en la literatura científica un gran vacío sobre los estudios realizados en este campo (Njuki, Kimani, Obare & Warren, 2014). En nuestro caso de investigación, los resultados ponen de manifiesto que, en la mayoría de los casos de personas seropositivas, la realización del diagnóstico precoz no es resultado de una demanda voluntaria sino la consecuencia de la aplicación de protocolos de actuación obligatoria que el sistema sanitario moderno pone en marcha ante sospecha clínica. No obstante, cabe señalar que un factor determinante para que un pequeño sector de la población demande voluntariamente las pruebas diagnósticas, sin tener sospechas clínicas, es tener una mayor conciencia sobre la importancia de la salud y sus cuidados. Otras investigaciones también han evidenciado que a mayor conocimiento, y mayor nivel educativo, mayor adquisición de prácticas preventivas (Monteiro, 2009; Njuki et al., 2014). Por tanto, ello refuerza la relevancia y pertinencia de que las estrategias de promoción del diagnóstico precoz vayan acompañadas de medidas y programas cuya finalidad sea aumentar la importancia que tiene proteger y cuidar la salud así como incidir en la responsabilidad individual ante la salud y la enfermedad.

En cuanto a las personas seropositivas que se han realizado las pruebas diagnósticas, los resultados evidencian diferencias según el género, pues mientras que en la mayoría de las mujeres son ellas mismas las que acuden a demandar ante sospecha clínica las pruebas diagnósticas, en el caso de los varones predomina la aplicación de protocolos de actuación obligatoria ante la sospecha clínica del sistema sanitario moderno público. En el caso de las mujeres, la sospecha clínica de estar infectada del virus está fundamentada por las prácticas sexuales que mantienen sus cónyuges, o un diagnóstico positivo, o por

“estar flaquita”. Esto último cumple por tanto la «función de recetas de acción», en términos de Schütz (1962), en la demanda del diagnóstico. En contraposición, en el caso de los varones es el padecer un estado de salud grave lo que conlleva a acudir al sistema sanitario moderno público para demandar cuidados que eliminen y alivien el dolor que padecen. De ahí que la mayoría acuda al servicio de urgencias del Hospital General. Por tanto, si bien en la mayoría de los varones el itinerario asistencial se inicia en los servicios de urgencias del Hospital General de Bata, en las mujeres se inicia también en las consultas de los Centros de Tratamiento Ambulatorio. A este respecto, la evidencia científica establece que la población de mujeres africanas, comparativamente con los hombres, presentan porcentajes más altos de estar diagnosticadas (Layer et al., 2014; Sikweyiya, Jewkes & Dunkle, 2014). Por tanto, estos resultados vuelven a reforzar la recomendación de la importancia que adquiere integrar la perspectiva de género en las estrategias de promoción del diagnóstico precoz.

No obstante, los resultados de la investigación también ponen de manifiesto la existencia de algunos facilitadores en la realización del diagnóstico. Tal es el caso de su recomendación por agentes de salud en los poblados, o en el centro de trabajo, o la presión que las cónyuges pueden ejercer en los hombres para que se realicen las pruebas. Asimismo, la existencia de protocolos de diagnóstico precoz en el servicio prenatal o la existencia de protocolos de diagnóstico obligatorio en determinados servicios, así como el hecho de que sean gratuitas las pruebas. También se evidencia que las campañas informativas llevadas cabo por la radio han generado algunas demandas voluntarias.

10.3.4. LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO

En cuanto a la percepción de riesgo los resultados ponen de manifiesto la existencia de elementos socioculturales en la construcción de dicho riesgo. En primer lugar, se evidencia como los elementos culturales locales sobre la cosmovisión de la salud y la enfermedad interceden en la percepción de riesgo sobre el VIH, en tanto en cuanto existe una percepción, en algunas de las personas entrevistadas, de que consiste en una enfermedad de azar y de mala suerte. Dicha percepción es más acusada en el perfil de participantes de la medicina tradicional. A este respecto, algunos estudios han mostrado que la población que vive en zonas rurales tiene una percepción del virus mucho más alejada de la visión que da la medicina occidental sobre los constructos de la salud y la enfermedad (Homsy et al., 2004; Kamatenesi-Mugisha & Oryem-Origa, 2005; Monteiro, 2009). Por otro lado, cabe señalar que también determinados factores sociales van a interceder en la construcción del riesgo. Por ejemplo, el hecho de que haya una mayor percepción del riesgo en las mujeres que en los varones entrevistados, se debe en gran medida a la mayor vulnerabilidad que padecen como consecuencia de las prácticas extramatrimoniales de sus cónyuges, así como las barreras existentes en el uso del preservativo masculino y una mayor concienciación sobre el valor de la salud derivada de los roles de género.

Asimismo, otros aspectos relacionados con la «identidad social» (Tajfel & Turner, 1979) de las personas son explicativos, en gran parte, de las percepciones que mantiene la población respecto a la mayor prevalencia del VIH en determinados grupos sociales, y por tanto sobre la existencia de un mayor riesgo entre los miembros de estos grupos sociales. Así, si nos atenemos al género, las mujeres perciben que los hombres tienen una mayor prevalencia de VIH, mientras que los hombres perciben que son ellas las que tienen mayor prevalencia. De la misma forma, las personas con un nivel socioeconómico menor perciben que son los grupos sociales con mayor nivel los que, en mayor medida, padecen VIH, a la vez que las personas con un nivel socioeconómico mayor perciben lo contrario. En función del hábitat de residencia se produce algo similar: si se reside en zonas rurales se percibe que hay mayor riesgo que en las ciudades mientras que si se reside en la ciudad el mayor riesgo está en los poblados. Asimismo, por nacionalidad, son los países vecinos como Gabón, o los países occidentales. Y por último, en función de la edad, las personas con una edad mayor señalan que es una enfermedad de jóvenes. Todo esto tiene su razón de ser, tal y como se ha analizado en párrafos anteriores, en la imagen negativa y poco favorable del VIH, y en el estigma existente para quien lo padece. Por tanto, dicho estigma se generaliza al grupo social de pertenencia de la persona (p.e. mujeres versus hombres; ricos versus pobres; jóvenes versus mayores, blancos versus negros, etc). Tajfel y Turner (1979) en su «teoría de la identidad social» explican que las personas entienden el contexto social a partir de categorías o grupos sociales. Como consecuencia de ello, las personas piensan en sí mismas y en los demás en función de su pertenencia a una u otra categoría social (edad, sexo, profesión, nacionalidad, religión, color, etc.). El «autoconcepto» (Mead, 1934) de las personas, según los autores deriva en parte de la pertenencia a ciertos grupos sociales, es decir de la identidad social. Ahora bien, en esta identificación de la persona a su grupo social de referencia se produce una búsqueda de una identidad social positiva, que se consigue a través de diferentes estrategias, entre las cuales se halla la comparación social. De modo que, en los procesos de comparación social, las personas tratan de que su propio grupo salga ganando, es decir, que la comparación les resulte favorable, y así poder sentirse mejor –y tener una mejor imagen de su grupo y, finalmente, de “sí mismas”–. Una forma de conseguirlo, por ejemplo, es mediante el favoritismo endogrupal, es decir favoreciendo al propio grupo, bien sea en la evaluación que se haga del mismo, o a la hora de repartir recursos, etc. También puede conseguirse mediante la discriminación exogrupal, es decir desfavoreciendo al grupo ‘rival’ o exogrupo. Esta última estrategia es la que se desarrolla en nuestro caso de estudio, pues los datos apuntan al hecho de que la forma de ganar identidad social positiva, se produce percibiendo y valorando al exogrupo como aquel grupo con mayor prevalencia de VIH, debido a la imagen negativa que se tiene de la persona con VIH, y por tanto del grupo social al que pertenece esa persona al producirse la generalización.

10.3.5. EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

En cuanto a la experiencia con los servicios de diagnóstico y tratamiento de las personas que se han realizado el diagnóstico, los resultados ponen de manifiesto una mayor satisfacción asistencial, y por tanto una mejor experiencia con el protocolo de actuación asistencial del año 2009 (véase Capítulo VIII). Concretamente las personas que abandonaron los servicios de diagnóstico son las que relatan una peor experiencia y muestran tener una mayor insatisfacción asistencial.

Los principales aspectos que generan un mayor descontento respecto al proceso asistencial del diagnóstico con el protocolo del año 2004 son: el número de pruebas y el tiempo de espera para la confirmación del diagnóstico. Este último aspecto ha sido valorado por la mayoría negativamente, inclusive por aquellas personas que no son seropositivas. No obstante, los varones comparativamente con las mujeres, son más críticos al respecto. Cabe resaltar que si bien el número de pruebas no constituye por sí solo un motivo de abandono, el tiempo de espera para la confirmación del diagnóstico y los resultados de las pruebas del CD4, sí lo son para algunas de las personas entrevistadas. Ahora bien, cabe mencionar que estos aspectos han sido señalados en otros estudios llevados a cabo en países africanos como barreras en la utilización del servicios de diagnóstico (Dahab et al., 2014; Govindasamy et al., 2014). A este respecto, en cuanto a los tiempos de espera de los resultados del CD4, se propone abrir un debate sobre la adecuación de introducir “point of care of CD4” dado que resulta una medida prometedora para reducir los tiempos de espera en los resultados (Wynberg, Cooke, Shroufi, Reid & Ford, 2014).

Los aspectos que han sido valorados negativamente en ambos procesos asistenciales son: la no prescripción de antirretrovirales, la fiabilidad y la confidencialidad de los resultados de las pruebas clínicas. La no prescripción de antirretrovirales durante el proceso asistencial del diagnóstico, representa el elemento que, comparativamente con el resto de aspectos del proceso asistencial, produce un mayor descontento e insatisfacción. A este respecto, el perfil que abandona los servicios de diagnóstico es quien manifiesta mayor descontento. Esta insatisfacción se fundamenta en la creencia errónea de que un diagnóstico positivo de VIH conlleva iniciar un tratamiento farmacológico. Dicha creencia se forma a partir de la identificación del VIH como "enfermedad de hospital" y por consiguiente con la visión medicalizada que se mantiene de este tipo de enfermedades. Ahora bien, esta no prescripción de antirretrovirales constituye un motivo de abandono para algunos varones entrevistados, y por tanto es una barrera para la continuidad de los servicios. Por otro lado, esta falsa creencia evidencia la falta de información recibida por parte de los profesionales sanitarios durante el proceso asistencial. Esta falta de información ha sido señalada en otros estudios como una barrera para la adherencia de los tratamientos, así como la necesidad de que la población distinga entre el diagnóstico y el tratamiento (Merten et al., 2010;

Tromp et al., 2014). Asimismo, a pesar de que en el proceso asistencial del año 2009 se contempla esta cuestión con la introducción del diagnóstico precoz en los servicios prenatales, llama la atención la falta de información sobre el tratamiento farmacológico (es decir para qué y por qué) que muestran tener las mujeres seropositivas embarazadas. Por tanto, ante estos resultados, sería recomendable una revisión del protocolo de actuación, de cara a establecer eficazmente los actos asistenciales en relación a las intervenciones que se realizan en este ámbito, con la finalidad de garantizar la información proporcionada y así modificar las falsas creencias existentes al respecto. Por otro lado, debido a los mejores resultados obtenidos, se recomienda implementar el protocolo asistencial de diagnóstico del año 2009 en los distintos dispositivos asistenciales del sistema sanitario guineano.

La poca fiabilidad de los resultados del diagnóstico es otro elemento que es motivo de crítica en ambos procesos asistenciales. A este respecto, existe una percepción generalizada en la población entrevistada sobre la falta de fiabilidad de las pruebas diagnósticas, independientemente de haberse realizado o no las pruebas o ser seropositivo. Dicha percepción está basada en la probabilidad existente, y ocurrida, de casos de falsos positivos y falsos negativos. Y debido a que Bata es una ciudad pequeña, estos casos ocurridos parecen haber llegado a la población a través del rumor. Ahora bien, este rumor tiene una repercusión importante en la no aceptación del diagnóstico por parte de algunos varones entrevistados y, por tanto, constituye un motivo de abandono de los servicios. Asimismo, cabe mencionar que los casos de falsos positivos refuerza la visión de azar sobre la “enfermedad” del VIH que se mantiene en algunos casos. A este respecto, un estudio realizado en países de África subsahariana evidencia que la percepción de la falta de fiabilidad de las pruebas clínicas sobre el VIH, constituye junto a otros factores, un motivo para rechazar la realización del diagnóstico (Dahl, Mellhammar, Bajunirwe & Björkman, 2008).

Por otro lado, la confidencialidad del diagnóstico también ha sido un aspecto valorado negativamente por la mayoría de la población entrevistada. En líneas generales, se cuestiona la falta de confidencialidad existente sobre los resultados del diagnóstico. Por el contrario, algunos entrevistados critican también justamente el derecho de confidencialidad del diagnóstico de VIH debido a que ha generado una consecuencia no deseada: el que las personas puedan ocultar su estado serológico positivo a las parejas sexuales. Asimismo, algunos aspectos relacionados con la confidencialidad que también se valoran negativamente pues añade más anomalía y gravedad a la "enfermedad" son : 1. El lenguaje verbal y no verbal de los profesionales sanitarios al comunicar el diagnóstico. 2. El hecho de comunicar el resultado del diagnóstico antes a los familiares que al paciente. En líneas generales, se valora el hecho de que los Centros Ambulatorios de Tratamiento preserven mejor la confidencialidad. En cuanto a la falta de confidencialidad, se percibe que son los profesionales sanitarios de los dispositivos hospitalarios, los principales responsables de la falta de confidencialidad. También la ubicación de la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas, y su disposición espacial, da lugar a falta de privacidad y anonimato. Ahora bien esta falta de confidencialidad puede constituir una barrera para la realización del diagnóstico precoz.

Por tanto, se recomienda para alcanzar una mayor aceptación que las estrategias de extensión del diagnóstico precoz voluntario se canalicen por la red de atención primaria. A este respecto, un estudio publicado recientemente analiza como la confidencialidad del diagnóstico constituye una asignatura pendiente en el tratamiento de la epidemia de África. En relación a ello, señala algunos factores que indiquen en esta merma de la confidencialidad: la falta de actuaciones éticas por parte del personal sanitario, la falta de recursos así como la carencia de infraestructuras hospitalarias (Bott et al., 2014).

No obstante, un último aspecto que también se valora negativamente, aunque en menor medida, en ambos procesos asistenciales es la información que los profesionales sanitarios proporcionan durante el proceso asistencial sobre los diferentes aspectos del VIH como "enfermedad" (prevención, tratamiento, vías de transmisión, medicación, etc.). Las personas que abandonaron el servicio, y las mujeres seropositivas embarazadas, constituyen los perfiles que manifiestan haber recibido menos información durante el proceso asistencial. En contraposición, las personas diagnosticadas con el protocolo del año 2009 parecen haber recibido más información. Sin embargo, existe en la mayoría de las personas entrevistadas una buena predisposición para recibir información al respecto, e incluso en algunos casos durante las entrevistas se demanda información sobre el virus. Ahora bien, esta falta de información, más la persistencia de creencias erróneas respecto al VIH, evidencia la ineficacia de la intervención pre-test, lo cual pone de manifiesto la necesidad de revisar e introducir mejoras sobre este aspecto en los protocolos de actuación del proceso asistencial. En este sentido, una cuestión a revisar y tener en cuenta, de cara a aumentar la eficacia del pre-test, así como de aumentar la satisfacción del paciente, es si los momentos en que se lleva a cabo la intervención son adecuados debido al estado psicológico de ansiedad que atraviesa el paciente por la comunicación de la seropositividad, pues en algunos casos ello constituye un factor explicativo. Por tanto, la falta de información proporcionada, junto con la no prescripción de antirretroviral, son los aspectos que más se valoran negativamente en cuanto al trato y la atención que reciben de los profesionales sanitarios durante el proceso asistencial.

Respecto a las vivencias de las personas durante el proceso de diagnóstico se pone de manifiesto que las experiencias están fuertemente marcadas por la representación social que se mantiene sobre el VIH. Por tanto, de nuevo se evidencia la ineficacia de la intervención pre-test durante el proceso asistencial, ya que uno de los objetivos principales de esta intervención consiste en desmitificar ideas y creencias erróneas en torno al virus. De modo que, a consecuencia de la representación social existente, las personas seropositivas entrevistadas durante el proceso asistencial del diagnóstico y tratamiento manifiestan padecer ansiedad, insomnio, depresión y angustia. Incluso, en algún caso, se produce un intento de suicidio. Ahora bien, este malestar parece estar mucho más acusado en las personas que han abandonado los servicios de diagnóstico. El alto sufrimiento y malestar psicológico que experimentan las personas entrevistadas contrasta con la falta de intervención psicológica que dicen haber recibido durante la asistencia sanitaria de los servicios guineanos. De ahí que, en la mayoría de los casos señalen que la

intervención de los profesionales sanitarios se limitó a dar las citas para las pruebas clínicas y prescripción de medicamentos. Hecho que evidencia el predominio de un modelo eminentemente biomédico que prioriza los aspectos clínicos en la intervención sanitaria sobre el VIH, en detrimento de un abordaje psicosocial a pesar del fuerte impacto psicológico y social que conlleva tener el virus en Guinea Ecuatorial por las construcciones sociales creadas al respecto. Sin embargo, existe evidencia científica sobre el impacto en la salud mental que tiene adquirir el virus en un contexto donde existe estigma alrededor de las personas seropositivas (Breuer et al., 2011). No obstante, cabe mencionar que se observa una mayor intervención psicológica en el proceso asistencial del año 2009. Ahora bien, esta falta de asistencia percibida constituye una de las razones de abandono de los servicios de diagnóstico y tratamiento pues algunos casos de entrevistados, con un nivel económico alto, abandonaron dichos servicios en busca de mejor asistencia en los servicios sanitarios españoles. A este respecto, cabe mencionar que esta posibilidad de poder viajar a España para ser tratado por los servicios sanitarios se convierte en un sueño para algunas personas seropositivas entrevistadas. De modo que, se evidencia la necesidad de una mayor intervención de los aspectos psicosociales que conlleva el VIH en el contexto de Guinea Ecuatorial, de cara a obtener una intervención más integral de la problemática, y prevenir por tanto algunas de las causas de abandono del servicio. En este sentido, sería recomendable introducir en los protocolos de actuación del diagnóstico y tratamiento del VIH el counselling pretest y el posttest.

10.3.6. ITINERARIOS, PREFERENCIAS Y SATISFACCIÓN ASISTENCIAL

Conocer los itinerarios y prácticas asistenciales pueden ser elementos claves de apoyo para el diseño de políticas y estrategias de extensión del diagnóstico precoz; ya que puede advertir en dónde deben y pueden implementarse estrategias de captación más eficaces. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, al igual que otros países africanos (Adebayo et al., 2011; Dahab et al., 2014; Ware et al., 2013), en Guinea Ecuatorial los itinerarios para resolver los problemas de salud en la mayoría de la población, a excepción de las personas con un alto grado de religiosidad, se intercalan acorde a la percepción dual que se tiene sobre la enfermedad entre la red de dispositivos asistenciales de la medicina tradicional y la red de dispositivos de la medicina moderna. De modo que, dada la falta de cobertura de la medicina moderna en los poblados, así como la influencia que tienen los curanderos en la población general, y en específico en la población que reside en los poblados, así como la satisfacción asistencial al respecto, plantea la reflexión y discusión, tal y como ya se ha mencionado anteriormente de trabajar conjuntamente con la medicina tradicional en las estrategias y planes de prevención del VIH, y por tanto en la extensión del diagnóstico precoz. La pertinencia de hacer partícipe a la medicina tradicional en los programas de prevención del VIH suele ser una recomendación que se realiza en las conclusiones de

muchas investigaciones llevadas a cabo en países africanos donde se comparte estas prácticas asistenciales (Merten, 2010; Peltzer, 2009). En relación al VIH, el itinerario asistencial que se lleva, o se llevaría a cabo, se desarrolla en la medicina moderna. A este respecto, cabe mencionar que debido al desconocimiento y la falta de información, algunas personas seropositivas entrevistadas acuden a la medicina tradicional para tratar algunas de las enfermedades concomitante del VIH, como puede ser el herpes Zóster. Estos resultados también han sido puesto de manifiesto en otros estudios llevados a cabo en el contexto africano (Kremer & Ironson, 2014; Salmueksenm et al., 2012; Merten et al., 2010). A este respecto, los resultados obtenidos en la investigación ponen de manifiesto la inexistencia de derivaciones de la medicina tradicional a la medicina moderna. Y, sin embargo, sí se producen derivaciones desde la medicina moderna a la medicina tradicional. Por tanto, ello plantea y refuerza la pertinencia de emprender líneas de trabajo colaborativas entre ambas medicinas.

En términos generales, respecto al itinerario asistencial de la medicina moderna, las personas entrevistadas orientan sus prácticas asistenciales para resolver los males menores que afectan a la salud en pequeños consultorios privados y farmacias. Dichas prácticas están fundamentalmente orientadas a la búsqueda rápida de prescripción de fármacos. No obstante, se observa una mayor frecuencia en los varones que en las mujeres. Ahora bien, para este mismo fin, debido a la falta de cobertura de estos dispositivos en los poblados, las personas del perfil de medicina tradicional acuden a los puestos de salud. En líneas generales, estos recursos son valorados positivamente por tener una mayor flexibilidad horaria, menor tiempo de espera y una rápida prescripción de fármacos. En contraposición, cuando se presentan males mayores para la salud se acude al Hospital General. A este respecto, se observan diferencias pues las mujeres orientan más sus prácticas hacia los Centros de Tratamiento Ambulatorio mientras que los varones hacia los Hospitales. Con respecto a esto último cabe señalar que, a diferencia de las mujeres, el estado de salud suele ser más grave y deteriorado en los hombres. De ahí que suela ser recurrente ir a los servicios de urgencias y no las consultas.

En relación a la satisfacción asistencial entre ambas redes asistenciales, podría deducirse que comparativamente existe una mayor satisfacción con la medicina tradicional debido a la ausencia de críticas en la mayoría de los discursos. Tan solo el perfil de varones con un nivel educativo mayor critica algunos aspectos como las disputas familiares que generan; el abuso económico que en ocasiones se produce; y la intromisión en el tratamiento de enfermedades que no les compete.

Respecto a la satisfacción sobre los distintos dispositivos de la medicina moderna, se evidencia una mayor satisfacción asistencial con los recursos privados que públicos. Y en cuanto a los diferentes recursos públicos, se pone de manifiesto una mayor satisfacción con los Centros de Tratamiento Ambulatorio frente al Hospital General. Las razones que aluden son: un mejor trato de los profesionales, un tiempo de espera menor y compra de medicamentos más económicos. Ahora bien, el perfil de medicina tradicional es el que muestra tener más descontento con los recursos de la medicina moderna debido a las

mayores barreras de accesibilidad económicas y geográficas.

Acorde a la satisfacción asistencial, las preferencias asistenciales de la mayoría de las personas entrevistadas, si su economía se lo permitiera, sería asistir a los recursos privados de la medicina moderna fundamentalmente por el trato que se recibe de los profesionales sanitarios. También en algunas ocasiones, esta preferencia se fundamenta en el hecho de la falta de cobertura existente en los recursos de la medicina moderna pública ante determinadas enfermedades. De ahí que se mencione la posibilidad de, si la economía familiar lo permite, viajar al extranjero para tratar los problemas de salud. De hecho el motivo de algunas personas que abandonaron el servicio de diagnóstico y tratamiento de VIH fue iniciar el tratamiento en los servicios sanitarios españoles.

Específicamente, en relación a las preferencias que manifiestan las personas entrevistadas para ser atendidos de VIH, se observan diferencias en función de los distintos perfiles. Los varones señalan más la Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital General mientras que las mujeres los Centros de Tratamiento Ambulatorio. Las razones que argumentan los varones son la cercanía geográfica del Hospital y desconocimiento de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y el equipamiento para diagnosticar el virus. Las mujeres y algunos varones prefieren el Centro de Tratamiento Ambulatorio porque preserva mejor la confidencialidad, además de recibir un mejor trato de los profesionales sanitarios. Respecto a las distintas posibilidades existentes para ser atendidos en cuestiones que atañen al VIH (prevención, diagnóstico, tratamiento, etc.) la mayoría prefieren médicos, y a ser posible de nacionalidad extranjera. En cuanto a las preferencias sobre los espacios para recibir información sobre el VIH, en términos generales, las personas entrevistadas muestran indiferencia, aunque algunas prefieren el espacio sanitario y el perfil de medicina tradicional prefiere en los poblados.

De modo que, a la vista de los resultados, en consecuencia de las mayores dificultades existentes en la población masculina en relación al diagnóstico precoz del VIH, se recomienda, de cara a obtener mayores cuotas de éxito, introducir actuaciones orientadas al diagnóstico precoz en el proceso asistencial de los servicios de urgencias y en las farmacias (Rodríguez, Vargas, Nzag, & Benito, 2011). Asimismo, habría que reflexionar también sobre la adecuación de extender dichas estrategias de sensibilización y captación en el entorno laboral. Por otro lado, con base a las preferencias y satisfacción cabría plantearse la posibilidad de colaborar con los recursos de la medicina moderna privada y centralizar la realización de las pruebas diagnósticas en los Centros de Tratamiento Ambulatorio.

10.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que los resultados obtenidos no son extrapolables ni generalizables a toda la población guineana, pues el trabajo de campo tan solo se ha llevado a cabo en Bata y en dos poblados muy cercanos a la ciudad. En este sentido, las configuraciones y

dinámicas de la población que reside en el interior del país y en la zona insular, así como la organización de los dispositivos de la medicina moderna, pueden tener características diferentes a la población residente en Bata. Por otro lado, tampoco pueden extrapolarse los resultados a la población joven, pues en la estratificación de la muestra no se contempló dicha población. Asimismo, debido a las dificultades para su reclutamiento, en la muestra tampoco están representados los segmentos de población: 1. Mujeres con un nivel educativo mayor. 2. Población con un nivel económico alto.

10.5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Hasta la fecha, en Guinea Ecuatorial, a diferencia de otros países del entorno africano, no se ha consolidado una línea de investigación sobre el VIH. De modo que los estudios existentes, bien sean clínicos, médicos, culturales, o sociales sobre el VIH son escasos. Por tanto, ello plantea la necesidad de promover la investigación en el VIH desde todos los ámbitos, de cara a poder disponer de conocimiento y evidencia científica para eliminar la epidemia, y mejorar el tratamiento. A este respecto, esta investigación supone el primer estudio que se realiza en el país con una metodología cualitativa.

Una línea futura interesante sería replicar el estudio en la zona insular y en el interior del país. A este respecto, un metaanálisis concluye que predominan las investigación realizadas en las ciudades de África frente a las zonas rurales, y la necesidad por tanto de realizar estudios en las zonas rurales (Tuthill, 2012). En segundo lugar, debido a que no se ha investigado la población con edades jóvenes, otra línea de investigación, y debido al incremento en la incidencia del VIH en el país (ONUSIDA, 2014) sería muy pertinente indagar qué está pasando en este sector de población. Ello permitiría desarrollar eficazmente y efectivamente las políticas preventivas, en la medida en que permitiría desarrollar coherentemente programas preventivos en edades tempranas. Asimismo, sería muy relevante investigar qué está pasando en relación al VIH en el sector de población que tiene un nivel económico alto, al cual este estudio no ha tenido acceso.

Asimismo, otros sectores de población que representan grupos de riesgo serían muy pertinentes de ser investigados, pues hasta la fecha no se dispone de datos. Estos sectores de población son las personas homosexuales, las mujeres trabajadoras del sexo, como el cuerpo militar.

En síntesis, la falta de investigaciones realizadas en el país, y en concreto sobre el VIH, evidencia que son muchos los aspectos que están pendientes de ser investigados, bien sea con una metodología cualitativa como cuantitativa.

CHAPTER X: DISCUSSION, CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS FOR IMPROVEMENT

10.1. INTRODUCTION

The main findings from the research conducted are presented. According to the inductive analysis of Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), these results are discussed in terms of certain relevant theories and explanatory models. Furthermore, based on this discussion, provide the main conclusions and discusses possible measures and improvement elements

10.2. MACROSOCIOLOGICAL LEVEL

In line with the general objectives of the thesis, on a macrosociological level, it is clear that Equatorial Guinea has not been immune to the globalising process that societies are currently submitted to. As a result, it represents an example of a traditional society that is in the midst of the globalisation process. In traditional societies, this new element of social change highlights the lack of explanatory models in the social sciences in relation to the social development associated to globalisation in this type of societies, since the classical models of analysis do not contemplate this process of social change. Therefore, a new line of reflection and analysis in this field of study is proposed.

Economic indicators, such as export and import figures, prove the participation of Equatorial Guinea in the world economic market, especially after the discovery of oil deposits in the country in the early 1990s. Moreover, the presence of HIV in Guinean society is a clear example of transnationalism (Beck, 1998) that reveals many other elements and dynamics particular to the expression of globalisation in this country. For example, the involvement of the Guinean state with transnational actors such as WHO, UNAIDS, ISCH, etc., in the implementation of prevention and treatment programmes, measures, and strategies regarding the epidemic. This comes to show that the national policies do not depend exclusively on the national sovereignty of the Guinean state, since the influence of other international actors comes into play in the design and implementation of such policies. Herein lies the *raison d'être* of the case study ESEVIGUE.

HIV in Equatorial Guinea constitutes an example of transnational disease that, according to Beck (2000. p.12) “revalues local cultures and promotes third cultures (‘a little of this . . .)”. As a result, HIV is

perceived as a “hospital illness” of Western modern medicine. It therefore represents a risk or a transnational threat that has travelled to a traditional society across borders, as if they were nonexistent, through the movements of Guinean and/or European travellers. Thereby, HIV is also perceived as a “new disease”, strange and foreign to the Guinean local cultural systems regarding illness (Kleinma, 1980). This puts on the table a first aspect to consider in terms of improvement: the recommendation that policies and national strategies on HIV should be articulated taking into account this “local-global backbone” (Beck, 1998), in order to achieve the highest levels of efficacy, effectiveness, and efficiency, and ultimately, to ensure the highest levels of social change and development.

On the other hand, the fact that Equatorial Guinea suffers from generalized epidemic levels of HIV (WHO, 2008) makes evident how the “globalisation of risk” (Beck, 1998) does not involve an equality in risk, since the risks and transnational threats spread unevenly between countries, given that they follow countries with less social and human development. Consequently, the high rates of HIV in the country are an expression of the asymmetry that exists between countries. Specifically, it reflects the existence of global social inequalities in health. This illustrates what has been called the “social gradient in health” (Marmot, 2004), which proves that the prevalence of HIV in Equatorial Guinea does not depend so much on biological determinants or chance, but on how the society is organized, that is, on the society’s social, political, and economic structure. That is why social factors are the most decisive factors in the distribution of HIV throughout the Guinean population.

10.2.1. “SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH” CONCEPTUAL MODEL

According to the “social determinants of health” conceptual model (WHO, 2005), the results of the present study draw attention to the fact that the factors that most influence the prevalence of the epidemic in Equatorial Guinea are the structural determinants of health inequalities. Furthermore, among the structural factors, the political and socioeconomic context in which the public policies are carried out, together with the specific culture and values of Guinean society, take first place (see Chapter V). For example, the lack of health promotion policies, or the control of appropriate health standards, and the low value given to health in the Guinean population determine poor general health conditions in the population. Additionally, the mystical and spiritual conception sustained about diseases, independently of the type of disease, leads to a process of health expropriation, which exempts the person from the individual responsibility of protecting and caring for his/her own health and illness, and therefore of responsibility for HIV.

In this regard, and in relation to HIV, it has been pointed out that the axes of inequality, such as

gender, ethnicity, and educational level, are determinant factors in Guinean society. With respect to sex, although it has been scientifically proven that women are at greater biological risk of contracting the virus than men during unprotected vaginal intercourse (Myer et al., 2005), the higher prevalence of HIV in women responds to gender issues related to the social stratification and power distribution, since they place women in a situation of greater social vulnerability in relation to HIV (see Chapter VII). Specifically, the dowry constitutes an important barrier for the acquisition of the use of the male condom as a preventive measure against HIV. Regarding the ethnicity, which is related to the economic inequality axis, it may be noted that having both high and low economic levels are associated to high contraction levels of the virus. Having a higher economic level enables men to have sexual intercourse with a larger number of women, and as a result, greater promiscuity. In particular, it is the men with greater financial resources, as is the case of those of the military corps (MINSABS, 2012), who present a high prevalence. By contrast, a low economic level involves having sex in order to obtain food, clothes, money, etc. Younger women and those with lower financial resources are particularly vulnerable. With respect to the educational level, it is also observed that the lower the educational level, the higher the contraction rates.

Therefore, in relation to the adoption of preventive measures against HIV, it becomes apparent that the social determinants of health act as barriers to adopting preventive practices. An example is the case of the use of the masculine condom. Thus, although the lack of information among the population regarding certain preventive measures, such as horizontal prevention mother-daughter/son, early diagnosis, or HIV infection by blood transmission is an aspect susceptible to improvement, changes in this sense are not enough to ensure the acquisition of preventive practices, because structural social, cultural, political, and economic factors are involved. With regard to the information the population has on preventive measures, participants with a profile in traditional medicine show greater ignorance than participants with a higher educational level. Consequently, this second group shows a greater acquisition of habits and practices towards HIV.

The results of the study also highlight that the lack of coverage of and accessibility to modern health services, considered intermediate determinants, are important conditioning factors that affect health care and protection against diseases, and therefore multiplying factors of social inequalities in health (see Chapter VIII). Problems of accessibility to diagnostic and treatment services of HIV in villages are caused by the insufficient coverage of these specific health care services. In consequence, the geographical distance, the economic cost of transport and the financial outlay associated to the health service received, constitute accessibility barriers to modern health care services, both private and public. For this reason, the population that resides in villages tends to turn to traditional medicine for health care assistance, given that it is ultimately more accessible. In this regard, the payment system based on barter trade or deposits of money facilitates access to these resources. By contrast, in Bata, the capital city, the economic accessibility

problems are greater in relation to private modern medicine, due to the lack of coverage for the treatment of certain diseases in the modern public health care system. In relation to the diagnostic and treatment services for HIV, there is evidence that the existing barriers are found to a greater extent in the use of these services than in the accessibility to them. This is the case of the barriers derived from the diagnostic protocol health care process of 2004.

In conclusion, regarding the explanatory factors of the HIV epidemic in Equatorial Guinea, the results obtained point to the fact that they are consequence of “the causes of the causes of the causes” (Benach et al., 2008). In terms of improvement, this brings forward a second recommendation: considering the low value given to health in Guinean society, and in line with Donati (1994), the HIV prevention policies –in particular the promotion of an early diagnosis- should be articulated from a holistic approach to favour health promotion. However, due to the differences observed between Guinean men and women concerning health care and protection, these policies should also include a gender perspective.

Furthermore, a question of vital importance for the eradication of the epidemic in Equatorial Guinea is that the national strategic plans for HIV take into consideration and act upon the different social factors that intervene. To this end, specific programmes and measures should be articulated for those segments of the population that are most vulnerable to the epidemic.

10.3. MICROSOCIOLOGICAL LEVEL

10.3.1. RESEARCH LINE

In accordance with the second general goal of the thesis, based on the initial line of this work, the results obtained suggest that the cultural elements of the Guinean society that are related to health, illness, and traditional medicine do not constitute a main barrier for an early diagnosis of HIV; also that they are not the primary cause for abandoning the health care and diagnostic services. It seems that many other factors, such as the social representation of HIV (Moscovici, 1979), the lack of policies that favour an early diagnosis, the insufficiency of health education programmes, the lack of coverage or the barriers in the accessibility to the diagnostic services, as well as the particular view of the illness according to the hegemonic biomedical model (Menéndez, 1999) are more important causes.

10.3.2. PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE

From a phenomenological perspective, certain significant structures have been established around HIV, an “intersubjective world” (Schütz, 1962), which help to explain the Guinean population’s ways of

thinking and acting with regard to HIV, and at the same time, explain the life experiences of people with HIV.

In this regard, the results obtained show that there is a coexistence of different perceptions that are decisive in ways of thinking about the epidemic phenomenon. It may be noted that a transversal and common element of these perceptions is the unification that takes place between HIV and AIDS as an illness. This means that there is no biological, clinical, or social differentiation between acquiring the human immunodeficiency virus and developing the acquired immune deficiency syndrome. This identification process is a result of the globalisation that has occurred in the political sphere. In other words, it is a result of the orientation given to the policies of prevention and treatment of HIV that have been carried out in the country in response to the development cooperation of international agencies and actors. These international actors, far from taking into consideration the particular cultural systems of health and illness (Khleimnan, 1980) of Guinean society, have developed information and education programmes from an ethnocentric perspective. In accordance with this ethnocentric point of view, they have reproduced Western models of public campaigns carried out in Europe in the late 1980s and early 1990s, in which HIV was identified with AIDS. It is worth recalling that at that time AIDS was not yet a chronic illness, due to the lack of any effective pharmacological treatment. Consequently, the campaigns carried out in Equatorial Guinea in the mid-1990s, replicated the association between HIV, AIDS, and mortality. These campaigns have not only had a great influence on the perceptions of the virus, they have ultimately constituted a breeding ground for the construction of the “social representation” (Moscovici, 1979) of HIV.

In relation to the different perceptions of HIV, the importance of the cultural context in the construction of these perceptions becomes evident (Khleimnan, 1980). There is a unanimous and shared perception of HIV as a hospital illness, in opposition to traditional illnesses. Consequently, it is perceived as a disease inherent to modern medicine, in line with the defining elements of the Western hegemonic biomedical model. This perception constitutes a barrier for the prevention and treatment of HIV, and in consequence, for an early diagnosis. For instance, the fact that hospital illnesses are identified by means of clinical and pathological symptoms that appear in the human body makes it difficult to identify the virus in an asymptomatic stage. At the same time, the lack of clinical symptoms leads to the questioning of the validity and veracity of the positive results of the diagnosis, which in turn becomes a reason for no longer continuing the HIV diagnostic service. On the other hand, as a consequence of the predominant medicalised view of illnesses in modern medicine, the virus is perceived as a “strange illness” since it is a hospital illness that cannot be cured with medication like the rest of hospital illnesses. This medicalised view of HIV is another reason for abandoning the diagnostic and treatment services for HIV, due to the implications of not receiving a pharmacological prescription.

On the other hand, the fact that the virus is perceived as an illness that is new, unknown, and “of others”, induces the denial of its existence by part of the population. Denial of the virus seems to be related to being older and to having a lower educational level. This belief acts as an important obstacle for the efficacy of the preventive programmes against the epidemic, and specifically, for the acquisition of an early diagnosis as a means of prevention. Thereby, these are also reasons and motives for abandoning the diagnostic and treatment services for HIV.

The perception of HIV as a “sexual abuse disease”, together with the moral connotations it implies, is a fundamental ingredient in processes of stigmatisation of PLHIV, and it subsequently constitutes another barrier for the acquisition of an early diagnosis.

10.3.2.1. SOCIAL REPRESENTATION OF HIV

The social representation of HIV crystalizes (Moscovici, 1979) in Equatorial Guinea according to the idea of illness, in particular of AIDS, with the belief that it is a mortal illness and the perception of it being a sexual abuse illness. This social representation is apparently stronger among the population that practice traditional medicine and the profile of people that abandon the diagnostic services. Moreover, this concept is especially useful to understand individuals’ behaviour within their cultural framework, and to unite the individual and the collective, the symbolic and the social, thought and action, as well as life experiences related to HIV. The concept of social representation is composed of three analytical elements: attitudes, information, and the field of representation (Moscovici, 1979). In the case of the social representation of HIV constructed in Equatorial Guinea, the attitudes of the population towards HIV reveal an unfavourable and negative orientation towards such representation. This unfavourable view is based on a set of ideas and false beliefs about the virus that compose the field of representation, and are a result of the lack of veracity of the information that the Guinean population has in this respect (see chapter VII). It should be taken into account that this element, apart from invigorating the action of individuals, also expresses the most affective aspect of the representation. For this reason, the social representation of HIV gives meaning to the life experiences of the people in relation to HIV. Consequently, it is also one of the main reasons for abandoning the health care services of diagnostic and treatment of HIV.

The field of representation is constructed according to the identification that is made between the virus and AIDS as an illness, and with the idea of death. This leads to the invisibility of HIV and, in opposition, to the visibility of AIDS as a severe and deadly illness. Ultimately HIV is represented in the collective imagery of Guinean society as a severe and deadly illness. It is in this association that is established between HIV and death that we may find the *raison d’être* of social control mechanisms, stigma, prejudice, and subtle forms of social rejection and discrimination of people with HIV.

This idea of mortality associated to suffering the virus acquires connotations that surpass the biological event of dying, because it is given a particular meaning according to the local cultural context of Guinean society. In particular, the individuals search for mystical and spiritual explanations to understand the reason for death associated to HIV. As a consequence of HIV being considered a hospital illness the answers are found in God. This type of death will be interpreted as a divine punishment in relation to the prevailing perception of HIV as a sexual abuse illness. Thus, the divine punishment is a consequence of the sexual abuse committed by the person, and in consequence, for the social deviance committed according to the Catholic Christian moral precepts that dictate norms and prescriptions in matters of sexuality in Guinean society. So finally, having HIV becomes a social deviance.

In conclusion, the social representation created for HIV constitutes one of the main barriers to voluntary requests for an early diagnosis, for it means that finally the person will have to face not only a biological death, but also a social death. For this reason, since to date no programmes have been carried out to dismantle the association between HIV, AIDS, and death, it is clearly necessary to implement programmes aimed at breaking this association in order to normalize and de-dramatize HIV.

10.3.2.2. HIV AND SOCIAL DESVIANCE

However, this social deviance cannot be understood in a functionalist manner, in terms of Parsons (1951), since it does not crystalize as a legitimate deviance (Parsons, 1951), according to which the individual who has HIV is exempt of all responsibility. Rather, the opposite is actually the case, since the responsibility is finally transformed into blame. It cannot be explained in terms of Foucault (1966) either, for the individual is not held responsible for not following the moral health precepts of modern medicine (as would be the case with not using a male condom), but for the deviance committed in relation to Catholic Christian precepts. This in turn highlights the fact that modern medicine has not yet been strongly established as a social control mechanism. Consequently, having HIV represents a nonlegitimate deviance that offends standard morality. This explains the perception of death as a divine punishment and the social condemnation carried out in terms of stigmatising processes of the individuals who suffer the virus.

With regard to the type of deviance that having HIV implies, it acquires a category of “secondary deviance” (Lemert, 1951), for it modifies the social role of the person (Parsons, 1951) that suffers from it, the person’s social identity (Tajfel & Turner, 1979), and ultimately it redefines and reorganises the person’s self-concept (Mead, 1934).

Social roles will be modified through the change that occurs in the person’s sexuality, with the precept of using a male condom in the most intimate circle of social relations, that is, during sexual

intercourse. It is worth recalling the great social value that human sexuality has for interpersonal and social relations in Guinean society, where social constructs such as romantic or passionate love do not exist. Hence changes in the person's sexuality modify roles concerning procreation, male and female genders, and paternity and maternity. In this regard, it may be noted that sons and daughters acquire a fundamental importance, due to the great social value of family, and also because they acquire the value of wealth. Consequently, having sons and daughters, just like having wives, gives social status. However, having HIV causes a loss of social status. This is the case of interviewees who comment on suffering a loss of their masculinity after receiving the HIV diagnosis, as a consequence of the change occurring in their sexuality, and the subsequent inability to have children.

HIV entails a redefinition of the person's social identity since the person is labelled as a member of a deviant social group because of the sexual abuse committed, and at the same time there is a redefinition of the person's self-concept (Mead, 1934). Therefore, while HIV does not involve the biological death of the individual, despite opinions to the contrary, it does lead to the individual's social death. That is why some of the HIV positive individuals that were interviewed during the process of self-identification with the new roles, the new identity and the new redefined self-concept, decided to break all their ties, isolate themselves, hide, and seek consolation in alcohol before allowing the change in their social identity to happen. On the contrary, another possibility is that the new social identity is rebuilt through suicide. So finally we observe that what happens is what is known as a self-fulfilling prophecy (Merton, 1949).

The fact that HIV is a secondary deviance is one of the reasons people hide their illness, for doing so allows them to preserve and protect their social identity and subsequently avoid stigmatisation. Thus, being considered a secondary deviance is going to bring about one of the most important barriers to the voluntary request for an early diagnosis, because it means confronting such a change in the person's social identity.

In this same line of thought, the analysis performed by the author Friedson (2007) in terms of the acceptance or rejection of the sick according to the responsibility and the severity of the disease, it is also explained why in Equatorial Guinea people who are infected with the virus are not socially accepted. For one, it is because the person having the virus is responsible for having abused sex, which implies the illegitimacy of the role of the patient according to Parsons (1951), and therefore to be considered a deviant. Moreover, such consideration of disease as social deviance is reinforced by seriousness that HIV has inasmuch as it is considered a fatal disease. Thus denial of the patient's condition is exhibited towards the person suffering from HIV, considering him/her guilty of their condition and not forgiving them for this anomalous state as occurs with other diseases.

So HIV acquires some qualities and attributes, becoming a different materiality, which goes far

beyond a simple wrong, and that will ultimately be interpreted by those people shaping behaviours. Thus a series of characterisations towards the others (Shütz, 1962) has been developed that will serve to recognise the disease in people who suffer from it. These characterisations, facing the absence of pathological HIV symptoms, constitute social signs and symptoms of the disease. In consequence, HIV becomes a socially reprehensible illness (Stong, 1974) that implies an unfavourable and permanent label for the person that suffers from it, which leads to a process of stigmatisation and subtle forms of discrimination.

10.3.2.3. THEORY OF SOCIAL REACTION AND SOCIAL CONTROL MECHANISMS

According to the theory of social reaction (Tannenbaum, 1938) negative social reactions emerge from the environment towards the person with HIV. Withdrawal of sympathy, the refusal to share plates, or, as an example of most extreme discrimination, the refusal to perform surgery on a patient for fear of being infected by blood-transmission (as was the case of one of the interviewees), shows individuals what their new place in society is and indicates their social category.

In this sense, and insofar as HIV is considered a secondary deviance, a series of social control mechanisms, such as stereotypes, the *congosa*, laughing, and mockery start up. For this reason HIV finally becomes a social taboo in Guinean society.

Stereotypes associated with individuals with HIV, based on some of the symptoms of AIDS in very advanced stages – “being skinny”, spots on the skin, hair loss - acquire the function of warning and showing society that the person suffers from HIV. From a phenomenological perspective, these stereotypes represent “typifications” (Schütz, 1962) of others and they are used in an intersubjective world, in the everyday world, to identify and understand people with HIV. Therefore, these stereotypes expose the anonymity and confidentiality of the serological state of the person that has HIV. For this reason people show great concern in hiding these symptoms. At the same time, they increase the invisibility of HIV-positives who do not manifest these HIV stereotypes. On the other hand, these stereotypes also have a perverse effect in relation to the acceptance of the positive result of the diagnosis. Since individuals that have been positively diagnosed do not present any of these clinical symptoms, either because they are still in an asymptomatic stage or because they are not in an advanced stage of AIDS, the positive diagnosis is rejected or its veracity is questioned. In consequence, the diagnostic and treatment services are abandoned. The *congosa* is also a reason for abandoning these services, due to the discredit it implies.

10.3.3. PRACTICES ADOPTED REGARDING HIV: BARRIERS AND FACILITATORS

In relation to the practices adopted regarding HIV prevention measures, the results obtained from the research also show other areas of improvement. Regarding the use of condom as a method of HIV prevention, even though the entire population has information regarding this, and despite promiscuity being a common practice, the general tendency is for them not to be used in marital and extramarital relations, although the data suggest that condoms are used more in extramarital affairs. In this regard, it is shown that it is cultural barriers that bear a heavier weight such as explanatory factors for this trend. Thus both monogamous and polygamous men and women residing in villages, indicated that the main reason for not using a condom is based on the rights acquired by the traditional culture of a dowry, insofar as it leads to the consideration of women as property, objects or possessions, exempting them from all liability and responsibility to not renounce sexual pleasure by using a condom in preventing HIV transmission. Hence these women reveal the fact that being "their own" is the reason why they do not use a condom despite knowing that they are having extramarital affairs, and despite knowing of the existence of HIV. A second barrier is the loss of pleasure for the man through the use of condoms. And finally, the incompatibility of using them for human procreation should be noted.

However, the results point to an increased use of condoms in extramarital relationships through fear of being infected by HIV. In this regard, it is revealed that men who live in the city tend to use it more often than men living in the villages. And one of the reasons that men who reside in the villages argue is the inaccessibility of buying condoms in villages.

However, it should be noted that the campaigns and awareness strategies carried out regarding condoms seem to have generated some negative consequences, since the use of condoms has ultimately acquired some meanings which have crystallised into barriers to their use in sexual relations. Thus, due to the strategies to promote the use of condoms, they have been linked solely to the prevention of STDs, and to be more specific to HIV, largely due to the Equatorial Guinean cultural context in which the family and children have great social value, hence to date no family planning policies have yet been developed, the use of condoms acquires negative connotations. So in some cases the use of condoms may be associated with having HIV, and in other cases such as lack of confidence, or an indirect accusation of having HIV, if the woman demands that the man wear it.

Therefore, in view of the results, and with the aim of increasing this preventive practice, some recommendations to that effect are suggested. Firstly, in relation to the traditional culture of Equatorial Guinean society, and therefore the dowry, which exempts any obligation for the man to use a condom, it would be advisable to undertake awareness campaigns to impinge on individual responsibility for virus

transmission if they maintain risky behaviours such as not using protection methods. In turn it would also be advisable to go forward in the legal field, and thus deconstruct the existing social standardisation and permissiveness, in the criminalisation of failure to use condoms during sex if you have an HIV-positive diagnosis. Secondly, in relation to the resistance of men to use male condoms due to the loss of pleasure that it involves, and due to the little bargaining power that the Equatorial Guinean woman has due to the position that she occupies in the patriarchal sex-gender system in the society, it would be advisable to introduce the female condom as an alternative method of HIV prevention. The introduction of this method would involve an empowerment of women regarding their sexual and reproductive health without having to negotiate their protection and care with the male gender. In this regard, in order to obtain higher levels of success in the acceptance of this new method of prevention, the free distribution of female condoms would be appropriate in order to eliminate barriers to affordability in their use resulting from the low economic independence of women in this society. Also, the development of specific workshops intended for women on how to use them and why, as well as conducting promotional and information campaigns and information on this method of HIV prevention. And finally, in relation to the meanings acquired by the use of male condoms by its exclusive link to HIV, it would be advisable to take actions and launch programs that dissociate the use of male condoms with having HIV. For example, it would be advisable that the contents of the condom promotion campaigns emphasise that they must be used by the entire healthy population, regardless of whether they are male or female, for the protection of sexual and reproductive health. These campaigns could be led by people with a certain social prestige, or media success, and who enjoy a good state of health, such as Equatorial Guinean football players or singers.

Regarding the prevention of HIV by transmission through blood, the results obtained point to the fact that people barely adopt preventive practices in this regard. This is largely due to the ignorance that people have about it. However, it is evident that women adopt more preventive measures because compared with men, they have more information available to them. In this regard, and in order to improve the results of HIV prevention policies, some proposals for improvement were identified. Firstly, the need was indicated to develop programmes to increase the level of knowledge of the population. It would therefore be advisable that such intervention was carried out not only from the health sector but from all areas and social spaces of Equatorial Guinean society, such as the educational system, social leisure spaces, village halls, heads of districts, etc. On the other hand, it would also be advisable that the health authorities work together with traditional medicine and the local hairdressers to regulate and ensure that the necessary precautions are taken so that the tools meet the minimum health conditions in disease transmission. Also, it would be advisable to audit the control and surveillance systems for disease transmission in blood donations and transfusions in both the private and public modern health system in order to improve and strengthen the safety system.

Regarding the performance of an early diagnosis as a preventive measure, people are unaware that it can be a preventive measure of HIV and AIDS. These results are consistent with prevention policies implemented in the country, insofar as to date, no strategy for its promotion and implementation has yet been carried out. However, most people do know that there are diagnostic tests to see if you have HIV, and being perceived as a "disease hospital", they identify their assistance in the modern medicine network. For the most part, though more pronounced in men than in women, the Hospital is designated as a health resource that offers such services, and yet since 2009 the CTAS also offers diagnostic tests in its service portfolio. So to make it known that the CTAS also makes this service available would be an element to take into account in the strategies for promoting voluntary early diagnosis. Furthermore, it should be remembered that due to the existing stigmatisation of HIV and the lack of privacy that people perceive regarding the diagnostic service in hospitals, it would be advisable in order to reach higher levels of acceptance of said practice, to focus the spread of early diagnosis in these health resources. Another element which should also be spread in order to eliminate the barriers to affordability is the fact that they are free, as most people are unaware of this fact. However, due to accessibility issues for making the diagnosis in people residing in villages, it is advisable that dissemination strategies of early diagnosis for this population work in collaboration with traditional medicine. Furthermore, taking into account the problems of radio and television coverage, it would be advisable to implement more proactive strategies, such as might be the fact that travelling teams will move to the villages and actively engage in attracting people to make an early diagnosis. Moreover, given the greater ignorance of this sector of the population as to the existence of diagnostic tests, and because their care practices are more oriented towards traditional medicine, which hinders the attraction to the system of modern medicine for making an HIV diagnosis, it would also be advisable to develop specific information and awareness strategies in this respect.

10.3.3.1. REASONS OF DIAGNOSTIC

However, knowing what the reasons were that led the people interviewed to diagnostic tests provides useful information that can guide policy on HIV prevention, and specifically early diagnosis dissemination strategies, insofar as it unveils and reveals the reasons leading to the performance of said practice. In this respect, the results obtained show that in the majority of cases of people diagnosed, it is not the result of a voluntary demand but the consequence of the implementation of protocols of mandatory action that the modern health system undertakes against clinical suspicion. However, note that the determining factor for a small segment of the population who will voluntarily demand diagnostic tests without clinical suspicions was a greater awareness of health care. Therefore, this reinforces the

importance and relevance of strategies to promote early diagnosis which accompanied by measures and programmes aimed at increasing the importance of health care as well as individual responsibility for health.

Regarding people who have had diagnostic tests performed and obtained a positive result, the results show differences according to gender: while the majority of women are themselves attending the diagnostic tests at the modern public health system facing clinical suspicion that they may be infected with HIV, in the case of males, the implementation of mandatory action protocols of the modern public health system based on clinical suspicion predominates. In women, the clinical suspicion of being infected with the virus is based on the sexual practices that their spouses maintain, or by having a positive diagnosis, or by "being skinny". The latter meets the role of recipes for action, according to Shutz, to demand the diagnosis. However, in the case of males, suffering a serious health condition leads to attending the modern public health system to demand care to relieve pain in sufferers. Hence, most come to the emergency room of the General Hospital. However, although in the majority of males, the care itinerary begins in the emergency department of Bata General Hospital, amongst females it also begins in the consultations at the Outpatient Centres. Thus, these results again reinforce the recommendation of the importance of mainstreaming gender in strategies to promote early diagnosis.

However, the results of the research also show the existence of some facilitators in making the diagnosis. Such is the case of a recommendation by health workers in the villages or in the workplace, or the pressure that spouses can exercise on the men to perform the tests. Similarly, the existence of protocols for early diagnosis in the prenatal service or the existence of mandatory diagnostic protocols for certain services, as well as the fact that the tests are free. It is also evident that information campaigns carried out by radio have generated some voluntary demands

10.3.4. RISK PERCEPTION

Regarding risk perception, the results show that there is greater awareness in women than in men, which is mainly due to increased health awareness and secondly to the vulnerability they have to the failure to use male condoms knowing that their spouses maintain extramarital sexual relations. However, certain situations are identified as a risk in the transmission of the virus that differ depending on the profile. Issue to be considered in the design of policies on HIV prevention. So for people who live in villages, a key element in the perception of risk is based on the perception of HIV as a disease of bad luck. Hence they relativise and question the validity of the preventive measures insofar as it is a disease that ultimately depends on chance, on bad luck. However, such reasoning is based on the probability of occurrence or not? Conversely, it is perceived in the city that the main situation is the promiscuity of their

spouses. The poor say that it is the rich have it, the women say it is their husbands, and the husbands say it is the women.

10.3.5. EXPERIENCES WITH HEALTH SERVICES

As regards the experience of people who have made the diagnosis using the diagnostic and treatment services, the results show differences between both care processes. So the people who experienced the performance of diagnostic tests with 2004 care protocol have a more negative experience, and therefore greater dissatisfaction with the care received, than the people who had the diagnosis performed with the 2009 protocol. Specifically, they are the people who abandoned the diagnostic services, who report a worse experience and greater dissatisfaction regarding care. The main aspects of the 2004 care protocol that generate greater dissatisfaction are the number of tests and waiting times for diagnostic confirmation. It should be noted that men, compared with women, are more critical in this regard. However, issues such as the non-prescription of medications, the reliability and confidentiality of the results of clinical trials are elements that have been negatively assessed in both care processes. As for the non-prescription of drugs during the diagnostic process, this represents the element that, compared with other aspects related to the quality of care process, produces a greater discontent and dissatisfaction. However, this dissatisfaction is based on the mistaken belief that a positive diagnosis involves initiating pharmacological treatment. This belief is based on the identification of HIV as a hospital disease, and therefore in the medicalised view that remains of these kinds of diseases, as well as the lack of information regarding it throughout the diagnostic care process. So the non-prescription of drugs, along with the little information given during the care process are the aspects that are most criticized with respect to the treatment received from healthcare personnel. However, some explanations have emerged based on the lack of medications and prioritising family members and people. In this regard, a recommendation is presented based on the information.

The unreliability of diagnostic results is another element that is a source of dissatisfaction in both care processes. However, this element is also negatively valued by people who have not had a diagnosis performed. In this respect there is a widespread perception of unreliability. This perception is based on the existing probability of cases of false positives and negatives. The fact that Bata is a small place seems to have resulted in such cases being known much more quickly through hearsays amongst the general population. A fact that leads to the rejection of the diagnosis by some respondents. The cases of false positive reinforces the view of the disease as one of chance and due to the *congosá* and the community questioning and not accepting the disease. Furthermore, the confidentiality of the diagnosis has also been criticized, regardless of it being positive or not. People with an HIV-negative diagnosis critics this aspect more. In this respect, one of the aspects that is criticised: 1. The method of communicating the results and

the reason for the secrecy and isolating the patient from their family members. This has generated a negative or unexpected consequence, which is that the HIV-positive is hidden from their partners. It occurs more in the patients upper class family members and not to the patients themselves. A fact that is negatively valued for two reasons: for the patient's right to know the results of the diagnosis and because it adds more gravity and anomaly to the disease since common diseases are communicated directly to the patient. The second aspect that is criticised is the verbal and non-verbal manner in which the doctor informs the patient of the result of the diagnosis. 2. There is no confidentiality by the health professionals themselves. 3. The General Hospital is less confidentiality against the CTAS. Proposed improvements in this regard. The manner is criticised and the ineffectiveness of the pre-test intervention throughout the care process is evident, because one of the main objectives of the intervention is to demystify ideas and misconceptions about the virus.

A final point that is negatively valued in both healthcare processes is the information that healthcare professionals offer throughout the care process on certain aspects of HIV as a disease as well as its treatment. In this regard, the profile of HIV-positive people who claim they have received less information during the care process are the people who abandoned these services and the women who have been diagnosed in the prenatal service. Regarding the latter, they point out that there is little information on the treatment offered as well as regarding vertical transmission. In general, there are few explanations and little information they claim to have received, such as regarding drug treatment, the chances of cure, etc. This highlights an area of improvement.

Regarding the experiences of individuals during the diagnostic process, it is evident that the experiences are strongly influenced by the social representation that remains regarding HIV. Thus, again, the ineffectiveness of the pre-test intervention during the care process is evident, since one of the main objectives of this intervention is to demystify erroneous ideas and misconceptions about the virus. Thus, as a result of existing social representation, HIV-positive people interviewed during the diagnostic care and treatment process exhibit suffering from anxiety, insomnia, depression and anguish. In some cases, a suicide attempt even occurs. This distress seems much more pronounced in people who have abandoned the diagnostic services. The high level of suffering and psychological distress experienced by respondents contrasts with the lack of psychological intervention that they claim to have received throughout the Equatorial Guinean health care services. Hence, they indicate that the involvement of health care professionals in the majority of cases is limited to giving appointments for clinical trials and drug prescription. This fact demonstrates the predominance of an eminently biomedical model that prioritises the clinical aspects of health intervention regarding HIV, to the detriment of a psychosocial approach despite the strong psychological and social impact associated with having the virus in Equatorial Guinea by social constructions created thereon. However, there is scientific evidence about the impact on mental health that the virus has acquired in a context where there is a stigma surrounding HIV-positive people

(Breuer, Myer, Struthers, & Joska, 2011). However, it is noteworthy that greater psychological intervention is observed in the 2009 care process. However, this perceived lack of support is one of the reasons for the abandonment of diagnostic and treatment services. In some cases, respondents with a high level of wealth abandoned these services seeking better health care within the Spanish health services. In this regard, it is noteworthy that this opportunity to travel to Spain to be treated by health services becomes a dream for some HIV-positive people interviewed. So, it is evident that there is a need for greater involvement of the psychosocial aspects attached to HIV in the context of Equatorial Guinea, in order to obtain a more comprehensive intervention of the problem, and thus prevent some of the causes of abandonment of the services. In this regard, it would be advisable to introduce pre-test and post-test counselling to HIV diagnosis and treatment action protocols.

10.3.6. ITINERARIES, PREFERENCES AND CARE SATISFACTION

Knowing the itineraries and care practices can be a key support element for the design of policies and strategies to expand early diagnosis; since it can warn where the most effective recruitment strategies should be implemented. The results obtained show that, like other African countries (Adebayo, et al. 2011; Dahab, et al., 2014; Ware, et al. 2013), in Equatorial Guinea, the itineraries for solving health problems in most of the population, except for amongst highly religious people, are interleaved according to the dual perception people have about the disease amongst the network of traditional medical mechanisms and the network of modern medical mechanisms. Thus, given the lack of coverage of modern medicine in the villages, the influence of traditional healers amongst the general population, and specifically in the population living in villages as well as satisfaction with the care thereof, it poses reflection and discussion, as has already been mentioned above about working together with traditional medicine in the strategies and plans for HIV prevention, and therefore for the expansion of early diagnosis. The relevance of participating in traditional medicine in the HIV prevention programmes has been recommended by many investigations conducted in African countries where these care practices are shared (Merten, 2010; Peltzer, 2009). In relation to HIV, the care itinerary carried out, or that would be carried out, is developed by modern medicine. In this regard, it is noteworthy that due to ignorance and a lack of information, some HIV-positive people interviewed turn to traditional medicine to treat some of the concomitant diseases of HIV, such as Zoster or in the last stage of AIDS in line with the mystical spiritual conception of death. These results have also been shown in other studies conducted in the African context (Merten et al., 2010; Salmueksenm et al., 2012). In this respect, the results of the investigation show the lack of referrals from traditional medicine to modern medicine. Yet, referrals from modern medicine to traditional medicine do occur. Therefore, this raises and reinforces the relevance of undertaking collaborative working lines between the two types of medicine.

Overall, regarding the care itinerary of modern medicine, the individuals interviewed orient their care practices to address minor ailments that affect health in small private clinics and pharmacies. Such practices are fundamentally oriented to quickly search for prescription drugs. However, a greater frequency is observed in men than in women. For this same purpose, due to the lack of coverage of these mechanisms in the villages, people of the traditional medicine profile attend health posts. In general, these resources are positively valued for having a more flexible schedule, lower waiting time and rapid drug prescription. In contrast, when more serious ailments are presented, they go to the General Hospital. In this respect, differences are observed as women gear their practices more towards Outpatient Treatment Centres whilst males gear them towards Hospitals. With regard to the latter it should be noted that, unlike women, the state of health of the men is usually more serious and deteriorated. It is therefore more frequent for them to attend the emergency department than consultations.

Regarding the care satisfaction between both healthcare networks, it would appear that there is comparatively greater satisfaction with traditional medicine due to the absence of criticism in most discourses. As such, only males with higher educational attainment criticise some aspects such as the family disputes that are generated; the economic abuse that sometimes occurs; and the interference in the treatment of diseases that does not concern them.

Regarding satisfaction regarding the various mechanisms of modern medicine, it is evident that there is greater satisfaction with care with private resources than public resources. And as for the various public resources, a greater satisfaction with Outpatient Treatment Centres is shown against the General Hospital. The reasons alluding to this are: better treatment for professionals, a shorter waiting time and purchasing cheaper drugs. However, the profile of traditional medicine is showing more dissatisfaction with the resources of modern medicine because of the major barriers to economic and geographic accessibility.

Regarding healthcare satisfaction, the care preferences of the majority of the individuals interviewed, if their economic situation permits it, would be to attend the private resources of modern medicine mainly through the treatment received from health professionals. Also in some cases, this preference is based on the fact that there is a lack of coverage in existing public modern medicine resources for certain diseases. Hence, the possibility of travel abroad to treat health problems is mentioned if family finances permit it. In fact the reason why some people abandoned the HIV diagnostic and treatment service was to begin treatment within the Spanish health service.

Specifically, in relation to the preferences expressed by those interviewed for HIV treatment, differences depending on the different profiles are observed. Men are more inclined to attend the Infectious Diseases Unit of the General Hospital whilst women are more inclined to attend the Outpatient Treatment Centres. The men argue that the reasons are the geographical proximity of the Hospital and a lack of knowledge about the Outpatient Treatment Centres and the equipment used to diagnose the virus. Women

and some men prefer Outpatient Treatment Centres because they better preserve confidentiality, in addition to receiving better treatment from health professionals. Regarding the different options for treatment in matters pertaining to HIV (prevention, diagnosis, treatment, etc.) most prefer doctors, and if possible, doctors of a foreign nationality. As for preferences regarding spaces to receive information about HIV in general, respondents are indifferent, although some prefer the healthcare environment and the profile of traditional medicine is preferred in the villages.

So, in view of the results, due to greater difficulties in the male population in relation to early diagnosis of HIV, it is recommended, in order to obtain higher levels of success, to introduce actions aimed at early diagnosis in the care process of the emergency department and in pharmacies. Furthermore, we should also reflect on the appropriateness of expanding said awareness and recruitment strategies in the working environment. On the other hand, based on preferences and satisfaction, the possibility of collaborating with the resources of private modern medicine and centralising the performance of diagnostic tests in the Outpatient Treatment Centres could be envisaged.

10.4. LIMITATIONS OF STUDY

Regarding the study limitations, it should be noted that the results obtained cannot be extrapolated nor generalised to the entire Equatorial Guinean population, because the fieldwork has been achievable only in Bata and in two villages close to the city. The configurations and dynamics of the population residing within the interior of the country, as well as the organisation of modern medicine mechanisms, have different characteristics to the population residing in Bata. They have not been investigated in the following sectors population: 1. Population at younger ages. 2. Women with a higher education level. 3. Population with high economic level.

10.5. FUTURE LINES OF RESEARCH

To date, the studies that have been conducted on HIV in Equatorial Guinea in different areas, including clinical and epidemiological studies, compared with the existing scientific literature on HIV in other African countries, are scarce. Therefore, this raises the need to promote and research from all areas of HIV in order to eliminate the epidemic and improve the treatment. In this regard, this research is the first study performed in the country with a qualitative methodology.

So, an interesting line of future work is proposed: to replicate the study on the island area and in the interior of the country. In this regard, a meta-analysis concludes that research carried out in Africa is predominantly conducted in cities rather than in rural areas, and there is a need to undertake studies in both

(Tuthill, 2012). Due to the increased incidence of HIV in the country (UNAIDS, 2014), it would be highly relevant to investigate what is going on in this sector of the population younger ages. This would efficiently and effectively allow the development of preventive policies, to the extent that it would coherently develop preventative programmes at younger ages.

Other population groups that would be highly relevant to research, and to date no studies have been conducted about them, represent homosexuals and female sex workers and military people.

The lack of research in the country, in particular HIV, evidence that many aspects remain to be investigated, either with qualitative and quantitative methodology .



BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

- Adebayo, S., Fakolade, F., Ekweremadu, J., Ladipo, O. & Ankomah, A. (2011). Modelling level, trend and geographical variations in stigma and discrimination against people living with HIV/AIDS in Nigeria. *Sahara J.*, 8(3), 115-27.
- Abascal, C. (2002). *Globalización vs. Mundialización ¿diferencia?* Foro del diálogo mexicano sobre la dimensión social de la mundialización. Recuperado de <http://www.fundacioncarlosabascal.org.mx/general/92-globalizacion-vs-mundializacionidiferencia>
- Aguirre, C.A. (2000). Para una crítica del concepto globalización. *Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Theomai*, 2, 45-68.
- Alamo, S.T., Colebunders R., Ouma, J., Sunday, P., Wagner, G., Wabwire-Mangen F. & Laga M. (2012). Return to normal life after AIDS as a reason for lost to follow-up in a community-based antiretroviral treatment program. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 1, 60(2), 36-45.
- Albrow, M. (1996). *The Global Age*. Cambridge: Polity Press.
- Alburquerque, F. (1991). *Cooperación para el desarrollo*. Madrid: Agencia Española de Cooperación Internacional-CEDAL.
- Algaba, A. & Azevedo, C. (1997). La aproximación de la geografía a la globalización: un análisis bibliográfico de los estudios reseñados en Geographical abstracts entre 1992 y 1996. *Revista bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, 51. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-51.htm>.
- Agadjanian, V. (1998). Economic security, informational resources, and women's reproductive choices in urban Mozambique. *Soc Biol.* 45(1), 60-79.
- Allport, F.H. (1974). *El problema de la percepción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Alonso, E.L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Alonso, I. (1977). *Sociología de la medicina. Aspectos teóricos y empíricos*. Madrid: Tecnos
- Álvarez, C. & Maroto, J.L. (2012). La elección del estudio de caso en investigación. *Gazeta de Antropología*, 28(1), 56- 78.
- Amezcu, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista española de salud pública*, 76(5), 423-436.
- Amo-Adjei, J. & Darteh, EK. (2013). Drivers of young people's attitudes towards HIV/AIDS stigma and discrimination: evidence from Ghana. *Afr J Reprod Health*, 17(4), 51-9.

- Appadurai, A. (2001). *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. Montevideo: Trilce.
- Ashmore, R.D. & Del Boca, F.K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. In Hamilton, D.L. (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (324-333). New York: Erlbaum.
- Asgary, R., Antony, S., Grigoryan, Z. & Aronson, J. (2014). Community perception, misconception, and discord regarding prevention and treatment of infection with human immunodeficiency virus in Addis Ababa Ethiopia. *J. Am J Trop Med Hyg.*, 90(1), 153-9.
- Avrett, S. (2003). *Vacunas contra el VIH/SIDA para países en desarrollo. Investigación avanzada y acceso*. Montreal: Red Legal Canadiense de VIH/SIDA. Recuperado de www.aidslaw.ca.
- Banco Mundial (1993). *Informe Invirtiendo en Salud*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Banco Mundial (2002). *Globalización, crecimiento y pobreza: construyendo una economía mundial incluyente*. Bogotá: Alfaomega.
- Barrón, A. (1990). *La salud como problema social*. Comunicaciones de II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5: Psicología y Salud: Psicología de la salud, 262-270.
- Barton, A.H. & Lazarsfeld, P.F. (1961). Some functions of Qualitative Analysis in Social Research. In Lipset, S.M. & Smelser, N.J. (Eds), *Sociology: The Progress of a Decade*. Englewood-Cliffs (95-122). London: Prentice- Hall.
- Bauer, H. (2007). *The Origin, Persistence and Failings of HIV/AIDS Theory*. Jefferson, N.C. Boston: McFarland.
- Bauman, Z. (2011). *Daños colaterales. Desigualdades sociales en la era global*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beaglehole, R. & Bonita, R. (2010). *Global Health Action*, 3, 5142-5167.
- Beck, U. (1996). Teoría de la sociedad del riesgo. En Beriaín, J. (Ed.), *Las consecuencias perversas de la modernidad* (201-222). Barcelona: Anthropos.
- Beck, U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (2004). *Poder y contrapoder en la era global. Nueva economía de política mundial*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

- Becker, H.S (1973). *Outsiders: Studies in Sociology of desviance*. New York: Free Press.
- Bekalu, M.A., Eggermont, S., Ramanadhan, S. & Viswanath, V. (2014). Effect of Media Use on HIV-Related Stigma in Sub-Saharan Africa: A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 19(6), 456-472.
- Benach, J., Vergara, M. & Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 108, 29-41.
- Benach, J., Vergara, M., Muntaner, C. & Sridharan, S. (2009). *Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS: una valoración crítica*. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas sobre Desigualdades Sociales en la Salud en la Comunidad de Madrid. Cátedra UAH-Fundación ICO de Análisis de Políticas Sanitarias. Madrid, 12-13 de noviembre de 2009.
- Bennàssar, F. & Fornés, C. (1991). *Educación y salud*. Islas Baleares: Universidad Islas Baleares.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1967). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bernal, R. (2007). The globalization of the health-care: opportunities for the Caribbean. *Review CEPAL*, 92, 83-95.
- Birn, A.E. (2011). Remarking international health: refreshing perspectives from Latin America. *Rev Panam de Salud Pública*, 30(2), 106-114.
- Black, D. (1982). Inequality in health. *Public Health*, 105, 23-27.
- Blasco, T. et al. (2012). *Investigación sociosanitaria*. Madrid: Fundación para el desarrollo de enfermería.
- Bloor, M. (1995). *The Sociology of HIV Transmission*. London: SAGE.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. New York: Prentice-Hall.
- Bolaño, W. (2009). *El debate político ideológico sobre la globalización en curso*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Boni, A. (2010). El sistema de la Cooperación Internacional al Desarrollo. Evolución Histórica y Retos actuales. *Cuadernos de Cooperación*, 1, 7-23.
- Bonoma, T. (1985). Case research in marketing: opportunities, problems and a process. *Journal of marketing research*, 2(2), 199-208.

- Bortolotti, F., Stivanello, A., Noventa, F., Forza, G., Pavanello, N. & Bertolini, A. (1992). Sustained AIDS education campaigns and behavioural changes in Italian drug abusers. *Eur J Epidemiol*, 8(2), 264-7.
- Bott, S., Neuman, M., Helleringer, S., Desclaux, A., Asmar, A. & Obermeyer, C.M. (2014). Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. *Eur J Epidemiol. Health Policy Plan*.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde, Points* (2007, 4º Ed.). París: Du Seuil.
- Borrell, C., Rodríguez, M., Pérez, G. & Garcia-Alté, A. (2008). Las desigualdades en salud en el Estado español. *Revista Atención Primaria*, 4, 112-34.
- Breuer, E., Myer, L., Struthers, H. & Joska, J. (2011). HIV/AIDS and mental health research in sub-Saharan Africa: A systematic review. *African Journal of AIDS Research*, 10(2), 101-122.
- Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales de la salud. *Provincia*, 20, 35-64.
- Brigham, J. C. (1971). Ethnic Stereotypes. *Psychological Bulletin*, 76,15-38.
- Bryman, A. (1984). The debate about quantitative and qualitative research: a question of method or epistemology? *Br J Sociol*, 33, 77-89.
- Brzezinski, Z. (2008, 16 de diciembre). The global political awakening. *The New York Times*, p.1. Recuperado de <http://www.nytimes.com/2008/12/16/opinion/16iht-YEbrzezinski.1.18730411.html>
- Campbell, D.T. (1960). Blind variation and selective retention in creative thought as in other knowledge processes. *Psychological Review*, 67, 380-400.
- Campos, A. (2011). *Petróleo y estado postcolonial: transformaciones de la economía política en Guinea Ecuatorial, 1995-2010. Implicaciones para la coherencia de políticas españolas*. Serie de avances de investigación. Madrid: Fundación Carolina Cealci.
- Cannon, C. (2013). HIV stigma and discrimination in medical settings: stories from African women in New Zealand. *Soc Work Health Care*, 52 (8), 704-27.
- Carabaña, J. & Lamo, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. *Reis*, 1, 159-173.
- Castell, M. (2001, 24 de junio). Globalización y antiglobalización. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2001/07/24/opinion/995925606_850215.html

- Castell, M. (2005). *La era de la información (Vol.1): Economía, sociedad y cultura. La sociedad red*. Madrid: Alianza Editorial.
- Castro, M. & de la Calle, M. (1992). *Origen de la colonización española en Guinea Ecuatorial (1777-1860)*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Cebreiro, B. & Fernández M.C. (2004). Estudio de casos. En Salvador, F. et al. (Eds), *Diccionario enciclopédico de didáctica*. Málaga: Aljibe.
- Cecchini, S. & Azóca, I. (2007). *Indicadores de los objetivos del desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre datos nacionales e internacionales*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. In Denzin N. K & Lincoln Y. S. (Eds), *The Sage handbook of qualitative reserach* (56-69). SAGE, Thousand Oaks, CA, pp.507-535.
- Chitindingu, E., Gavin, G. & Gow, J. (2014). A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine into the curriculum of South African medical schools. *BMC Medical Education*, 14, 40.
- CIA (2013). Central Intelligence Agency. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ek.html>.
- Cockerham, W.C. (2002). *Sociología de la medicina*. Madrid: Pretince Hall Hispanoamérica.
- Coe, R. (1973). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Coller, X. (2005). *Estudios de casos*. Cuadernos metodológicos, 30. Madrid: CIS.
- Conrand, P. & Leiter, V. (2008). *The sociology of health and illnes: critical perspective*. New York: Macmillan publishers.
- Conroy, A., Yeatman, S. & Dovel, K. (2013). The social constrution od AIDS during a time of evolving Access to antiretroviral therapy in rural Malawi. *Cult Health Sex*, 15 (8), 924-37.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación*. Barcelona: Mc Graw Hill.
- Corneli, A. (2014). A descriptive analysis of perceptions of HIV risk and worry about acquiring HIV among FEM-PrEP participants who seroconverted in Bondo, Kenya, and Pretoria, South Africa. *J InT AIDS Soc*, 17 (3), 67-89.

- Corneli, D., Jarrett, N.M., Sabue, M., Duvall, S., Bahati, E., Behets, F. & Van Rie, A. (2008). Patient and provider perspectives on implementation models of HIV counseling and testing for patients with TB. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 12, 79-84.
- Costa, G., Spadea, T. & Dirindin, N. (2002). Italy. In Mackenbach, J. & Bakker, M. (Eds), *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- Crafts, N. (2000). *Globalization and Growth in the Twentieth Century*. Washington: Working Paper.
- Creus, J. (2007). Cuando las almas no pueden ser custodiadas: El fundamento identitario en la colonización española de Guinea Ecuatorial. Hispania. *Revista Española de Historia*, LXVII (226), 517-540.
- Cuesta, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Revista Cultura de Cuidados*, 2006, 20-45.
- Dabat, A. (2002). Globalización, capitalismo actual y nueva configuración del mundo. En Basave, J. et al. (Eds.), *Globalización y alternativas incluyentes para el siglo XXI*. México: UNAM.
- Dageid, W. (2014). Support groups for HIV-positive people in South Africa: Who joins, who does not, and why? *Afr J AIDS Res.*, 13(1), 1-11.
- Dahad, M. (2008). That is why I stopped the ART: patients' & providers' perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. *BMC Public Health*, 18(8), 209-221.
- Dahab, M., Kielmann, K., Charalambous, S., Karstaedt, A.S., Hamilton, R., La Grange, L., Fielding, K.L., Churchyard, G.J. & Grant, AD. (2011). Contrasting reasons for discontinuation of antiretroviral therapy in workplace and public-sector HIV programs in South Africa. *AIDS Patient Care STDS.*, 25(1), 53-9.
- Dahl, T., Mellhammar, L., Bajunirwe, F. & Björkman, P. (2008). Acceptance of HIV testing among women attending antenatal care in south-western Uganda: risk factors and reasons for test refusal. *AIDS Care*, 20(6), 746-752.
- Daniel, N., Kielmann, K., Charalambous, S., Karstaedt, A.S., Hamilton, R., La Grange, L., Fiekding, K.L., Churchyard, G.J. & Grant, A.D. (1999). Why the justice is good for our health: social determinants of health inequalities. *Daedalus*, 128(4), 215-251.
- Davies, K. & Moore, W. (1945). El continuo debate sobre la igualdad. Algunos principios de estratificación. En Bendix, R. & Lipset S.M. (Eds., 1972, 2ª ed.), *Clase, status y poder*. Buenos Aires: Euramérica.

- De Castro, M. (2003). La revolución de 1868 y la Guinea española. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 191-204.
- De la Iglesia, M. & Jaime, P. (2003). *Acabar con la pobreza: Un reto para la cooperación internacional*. Madrid: Fundación IPADE.
- De Miguel, A. (1974). Fundamentos de la Sociología médica. *Revista de Sociología*, 5, 209-239.
- De Roux, G., Pedersen, D., Pons, P. & Pracillio, H. (1990). Participación local y sistemas locales de salud. En OPS (Ed.), *Los sistemas locales de salud*. Whashington: OPS.
- Denzin, N. (1970). *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London, Inglaterra: Sage.
- Díaz, J. (2005). *De la trata de los negros al cultivo de cacao*. Barcelona: Ceiba.
- Díez, E. & Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Revista Gaceta Sanitaria*, 18, 158-167.
- Dollar, D. & Kraay, A. (2001). *Trade, Growth and Poverty*. Development Research Group. Washington: Banco Mundial.
- Donabedian, A. (1978). The quality medical care. *Science*, 200(4.334), 856-864.
- Donati, P. (1994). *Manual de Sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Dos Santos, M., Kruger, K., Mellors, S., Wolvaardt, G. & Van Der Ryst, E. (2014). An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in SouthAfrica: the People Living with HIV Stigma Index. *BMC Public Health*, 14, 80.
- Douglas, M. (1979). Do Dogs Laugh. A cross cultural approach to body symbolism. In Douglas, M. (Ed.), *Implicit Meanings: Essays in Antropology* (45-69). London: Routledge.
- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture. An Enssay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Dramé, M., Peitzmeier, S., Lopes, M, Ndaw, M., Sow, A., Sow, A. Diouf, D. & Baral, S. (2013). Gay men and other men who have sex men in West Africa: evidence from the field. *Cult Health Sex*, 15, 7-21.
- Dubos, R. (1980). *Man adapting*. Oxford: Yale University.

- Dubos, R. (1992). *El espejismo de la salud, utopías, progresos y cambios biológicos*. México: Fondo de Cultura económica.
- Durkheim, E. (1894). *Les regles de la methode sociologique*. París: Presses Universitaires de France.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Durkheim, E. (1912). *Las formas elementales de la vida religiosa*. México: Colofón.
- Echevarría, P. (2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias Orientales. *Revista de Gazeta de Antropología*, 28(2), 45-58.
- Engelhardt, T. (1975). The concepts of health and disease. In Engelhardt, T. & Spicker, S.F. (Eds), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences D. Holland: Reidel Dordrecht*.
- Engels, F. (1873). *Contribución al problema de la vivienda. Obras escogidas de C. Marx y F. Engels*. Moscú: Progreso.
- Escribano, G. (2008). *Principales teorías del desarrollo económico*. Madrid: UNED.
- López-Calva, L. & Vélez, R. (2003). *El concepto de desarrollo humano, su importancia y aplicación*. México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Evans, C. & Ndirangu, E. (2009). The nursing implications of routine provider-initiated HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa: A critical review of new policy guidance from WHO/UNAIDS. *Int J Nursing Studies*, 46(5), 723-31.
- Evans, T. & Peters, F. (2001). Ethical dimensions of health equity. In Evans, T. et al. (Eds), *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Faris, R.E. & Dunham, H.W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Oxford, Englad: Univ. Chicago Press.
- Fauci, A. (2009). Why there is no AIDS vaccine. Recuperado de: <http://www.nbcnews.com/id/29898087/ns/health-aids/t/fauci-why-there-no-aids-vaccine/#.U4rdZC9hr5>.
- Fraenzel, E., Zeinecker, J., Ginsberg, P., Orrell, C., Kalawe, N.N., Lawn, S.D., Bekker, L.G & Wood, R. (2010). Linkage to HIV care and antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa. *PLoS One*. 2, 5(11), 1371-82.
- Feagin, J., Orum, A. & Sjoberg, G. (1991). *A case for case study*. Carolina: Chapel Hill.
- Firebaugh, G. & Goesling, B. (2004). Accounting for the recent decline in global income inequality. *American Journal of Sociology*, 110(2), 283-312.

- Fons, V. (1997). *Vora el mar. Organització de la procreació i estructures domèstiques dels nodres de Guinea Ecuatorial*. Barcelona: Publicacions de Antropologia Cultural.
- Fontana, A. & Frey, J. (2005). The Interview, from neutral stance to political involvement. In Dezin, N. & Lincoln, S. (Comp.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (695-727). London, UK: Sage.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada clínica*. México: Siglo XXI.
- Franco, A. (2003). Globalizar la salud. *Revista Gaceta Sanitaria*, 17(2), 157-163.
- Freidson, E. (1970). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Frenk, M.C. & Gómez, O. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Revista Salud pública de México*, 49(2), 78-89.
- Freud, S. (1913). *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu.
- Fried, L.P. et al. (2010). Global health is public health. *Lancet*, 375(9725), 535-7.
- Fromm, E. (2001). *La patología de la normalidad* (2ª Ed.). Barcelona: Paidós.
- Gadamer, H.G. (2001). *El estado oculto de la salud*. Madrid: Gedisa.
- García, F. & Alcántara, G. (2008). Globalización y efectos locales en el proceso salud-enfermedad. *Revista Provincia*, 20, 33-62.
- García, P. (2009). El concepto de 'reflexividad' en la sociología del consumo: algunas propuestas. *RES*, 12, 85-102.
- George, S. (2001). *Informe Lugano. Como preservar el capitalismo en el siglo XXI* (2008, 14ª Ed.). Barcelona: Icaria.
- Giddens, A. (1999). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México: Taurus.
- Gil, J. (1993). La metodología de investigación mediante el grupo de discusión. *Revista interuniversitaria de didáctica*, 11, 199-214.
- Gini, C. (1921). Measurement of inequality of incomes. *Economic Journal*, 31, 124-126.
- Girona, L. (2010). Globalización del sector farmacéutico. En Navarro, V. et al. (Eds.), *Globalización y Salud* (173-191). Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

- Glasser & Straus (1967): *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine
- Glynn, J., Caraël, M., Auvert, B., Kahindo, M., Chege, J., Musonda, R., Kaona, F., Buvé, A. (2010). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15(4), 51-60.
- Godelier, M. (2010). *Les tribus dans l'Histoire et face aux États*. París: CNRS.
- Godelier, M. (1974). *Economía, Fetichismo y Religión en las sociedades primitivas*. México: Siglo XXI.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, C. (2007). Los objetivos de Desarrollo del Milenio y la cooperación descentralizada. *Cuadernos de Cooperación*, 83, 67-83.
- Gómez, D. (1997). Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En Gómez, D. & Saburido, X. (Eds). *Salud y Prevención. Nuevas aportaciones desde la Psicología (17-30)*. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones de la Universidad.
- González, J. & Hernández, Z. (2003). *Paradigmas Emergentes y Métodos De Investigación en el Campo de la Orientación*. Madrid: La Muralla.
- González, P. (1989). *Modelos de sociedades: pasado, presente y futuro*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Govindasamy, D., Meghij, J., Kebede, E., Baggaley, R.C., Ford, N. & Kranzeret, K. (2014). Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings--a systematic review. *J Int AIDS Soc.*, 1, 56- 78.
- Griffin, J. (1991). *The Story of Debt, Department of International Affairs*. University of Chicago: Chicago.
- Gualda, E. (2000). Modelos de sociedad, estructuras, cambios y problemas asociados. En: Epistemología, Teoría y Metodología en la investigación destinada a la intervención social. Huelva: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva, Huelva, pp. 69-95.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guillén, M. (2001). Is globalization civilizing, destructive or feeble? A critique of five key debates in the social science literature". *Annual review of Sociology*, 27, 235-260.
- San Martín, H. (1985). *Crisis mundial de salud ¿salud para nadie en el año 2000?* Madrid: Ciencia.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

- Harling et al. (2014). Do age-disparate relationships drive HIV incidence in young women? Evidence from a population cohort in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1(66), 443-451.
- Harries, A.D., Newell, M.L., Tanser, F., Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Bärnighausen, T. (2009). Providing HIV care for co-infected tuberculosis patients: a perspective from sub-Saharan Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 13, 6-16.
- Harris, M. (1977). *Caníbales y reyes: Los orígenes de las culturas*. México: Argós Vergara y Alianza.
- Headley, J., Lemons, A., Corneli, A., Agot, K., Ahmed, K., Wang, M., Odhiambo, J., Skhosana, J., Tharaldson, J., Van Damme, & MacQueen, K. (2014). The Sexual Risk Context among the FEM-PrEP Study Population in Bondo, Kenya and Pretoria, South Africa. *PLoS One.* 17, 9(9), 106410.
- Heijden, V. & Swart, S. (2014). Something for something': The importance of talking about transactional sex with youth in South Africa using a resilience-based approach. *Afr J AIDS Res.* 13(1), 53-63.
- Held, D., McGrew, A.G., Goldblatt, D. & Perrato, J. (1999). *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*. Cambridge: Polity Press.
- Held, D. & McGrew, A.G. (2003). *Globalización/Antiglobalización. Sobre la reconstrucción del orden mundial*. Barcelona: Paidós.
- Henderson, L. (1928). *Blood. A Study in General Physiology*. London: Humphrey Milford, Oxford University Press.
- Hennink, M. (2007). *International Focus Group Research. A Handbook for the Health and Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hidalgo, J. (1998). *El pensamiento económico sobre el desarrollo. De los mercantilistas al PNUD*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Hiliard, N., Jenkins, R., Pashayan, N. & Powles, J. (2007). Informal knowledge transfer in the period before formal health education programmes: case studies of mass media coverage of HIV and SIDS in England and Wales. *BMC Public Health*, 7, 293.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). *Social Class and Mental Illness: A community study*. New York: John Wiley & Sons.
- Homsy, J. (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. *J Altern Complement Med*, 10, 905-10.

- Hoog, V., Onyango, J., Agaya, J., Akeche, G., Lodenyo, W. & Marston, B.J. (2008). Evaluation of TB and HIV services prior to introducing TB-HIV activities in two rural districts in western Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 12(3), 32-38.
- Hopper, E. (2000) *The river: A journey to the source of HIV and AIDS*. Boston: Little, Brown and Company . Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2007/february/20070207traditionalhealersbp>
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343-415.
- Human Rights Watch. Informe Well Oiled. *Oil and Human Rights in Equatorial Guinea 2009*. United States of America: Human Rights Watch. Recuperado de: <http://www.hrw.org/reports/2009/07/09/well-oiled>
- Huneus, S. (2010). David Rothkopf, Superclass, the global power elite and the world they are making. *Revista de Sociología*, 23, 149-53.
- Hüssel, E. (1949). *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Tecnos.
- Ianni, O. (2004). *Teorías de la globalización*. México: Siglo XXI.
- IAVI (2012). *Annual Progress Report*. Ginebra: IAVI.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología: el grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Edita Siglo XXI.
- Illich, I. (1976). *Medical Némesis. The expropriation of health*. New York: Barcelona: Phantéon book.
- Ipinza, M. (2003). La atención de salud gestionada en el contexto de globalización. En Orellana, D. (Ed.), *La salud en la globalización* (101-121). Ecuador: ABYA-Yala.
- Isiugo-Abanihe, UC. (2006). Sociocultural aspects of HIV/AIDS infection in Nigeria. *Afr J Med Med Sci.*, 35, 45-55.
- Iwelunmor, J., Sofohan, Y. & Airhihenbuwa, C.O. (2014). Sociocultural Factors Influencing HIV Disclosure Among Men in South Africa. *Am J Mens Health*, 12, 43-61.
- Jary, D. (1991). *The HarperCollins Dictionary of Sociology*. New York: HarperCollins.
- Judgeo, N. & Moalusi, KP. (2014). My secret: The social meaning of HIV/AIDS stigma. *Sahara J.*, 1, 76-83.
- Juris, J. (2008). Anti-globalization movements. En Parrillo, V. (Ed.), *Encyclopedia of Social Problems*. Thousand Oaks, CA: SAGES.

- Kacanek, D., Sahin-Hodoglugil, N.N., Montgomery, E.T., Morar, N., Mtetwa, S., Nkala, B., ... & Mira Team. (2012). A qualitative study of obstacles to diaphragm and condom use in an HIV prevention trial in sub-Saharan Africa. *AIDS Educ Prev.*, 24(1), 54-67.
- Kamatenesi-Mugisha M. & Oryem-Origa, S. (2005). Traditional herbal remedies used in the management of sexual impotence and erectile dysfunction in western Uganda. *Afr Health Sci.* 5(1), 40-9.
- Kaplan, B. & Duchon, D. (1988). Combining qualitative and quantitative methods in information Systems research: A case de study. *Management Information System Quarterly*, 4, 571-586.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V., & Almedia-Filho, N. (2002). A glosary for health inequalities. *J Epidemiol Community*, 56, 647-652.
- Kayigamba, F., Bakker, MI., Lammers, J., Mugisha, V., Bagiruwigize, E., Asiimwe, A. & Van der Loeff, M. (2008). Counseling and testing TB patients for HIV: evaluation of three implementation models in Kinshasa, Congo. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 12, 73-78.
- Kleim, N. (2007). *No logos. El poder de las marcas*. Barcelona: Paidós.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Koplan, J., Bond, C., Merson, M., Srinath, K., Rodríguez, H., Sewankambo, N. & Wasserheit, J. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 6, 373, 1993-5.
- Kranzer, K., Lewis, J.J., Ford, N., Zeinecker, J., Orrell, C., Lawn, S.D., ... & Wood, R. (2010). Treatment interruption in a primary care antiretroviral therapy program in South Africa: cohort analysis of trends and risk factors. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 55(3), 17-23.
- Kremer, H. & Ironson, G. (2014). Longitudinal spiritual coping with trauma in people with HIV: implications for health care. *AIDS Patient Care STDs*, 28 (3), 144-154.
- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Lafuente, M., Losa, A. & Sánchez, A. (2006). Una aproximación a la desigualdad economía mundial. *XIII Jornadas de ASEPUMA*.
- Lamo de Espinosa, E. (1990). *La sociedad reflexiva*. Madrid: CIS.
- Lardoux, S. & N'Bouke, A. (2013). Reaching adolescents and youth in Burkina Faso, Guinea-Bissau and Mauritania. *Afr J Reprod Health*, 1, 73-84.

- Laukamm, J., Mwizarubi, B.K., Outwater, A., Mwaijonga, C.L., Valadez, J.J, Nyamwaya, D., ...& Nyamuryekung'e, K. (2000). Preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partners in Tanzania, 1990-1993. *AIDS Care*, 12(1), 27-40.
- Lawn, S.D., Fraenzel, A., Kranzer, K., Caldwell, J., Bekker, L.G. & Wood, R. (2011). Provider-initiated HIV testing increases access of patients with HIV-associated tuberculosis to antiretroviral treatment. *S Afr Med J*, 101(4), 258-262.
- Layer, E.H., Brahmbhatt, H., Beckham, S.W., Ntogwisangu, J., Mwampashi, A., Davis, W.W., ... & Kennedy, C.E. (2014 a). I pray that they accept me without scolding: experiences with disengagement and re-engagement in HIV care and treatment services in Tanzania. *AIDS Patient Care STDS*, 28 (9), 483-8.
- Layer, E.H., Kennedy, C., Beckham, S., Mbwambo, J., Likindikoki, S., Davis, W., ... & Brahmbhatt, W. (2014b). Multi-level factors affecting entry into and engagement in the HIV continuum of care in Iringa, Tanzania. *Plos one* 9. Doi: 10/1371.
- Lazarsfeld, P.F. & Barton, A. H. (1951). Qualitative Measurement in the Social Sciences. Classification, Typologies, and Indices. In Lerner, D. & Lasswell, H. (Eds.), *The Policy Sciences* (155-192). Stanford University Press.
- Lehohla, P. (2012). *Statistics South Africa, 2012*. Recuperado de: <http://www.statssa.gov.za/publications/sastatistics/sastatistics2012.pdf>
- Lensky, J. (1966). *Power and privilege*. California: McGraw-Hill.
- Leon, N. et al. (2014). A comparison of linkage. A comparison of linkage to HIV care after provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) versus voluntary HIV counselling and testing (VCT) for patients with sexually transmitted infections in Cape Town, South Africa. *MC Health Serv Res*, 18, 14(1), 350.
- Leon, N., Mathews, C., Lewin, S., Osler, M., Boule, A., Lombard, C. (2010). The impact of provider-initiated (opt-out) HIV testing and counseling of patients with sexually transmitted infection in Cape Town, South Africa: A controlled trial. *Implement Sci*, 5(8).
- Lemert, E. M. (1951). *Social Pathology*. New York: Columbia University.
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Mouton.

- Lévi-Strauss, C. (1974). *Anthropologie structurale*. París: Berg .
- Lévi-Strauss, C. et al. (1976). *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona: Cuadernos Anagramas.
- Lewis, W. (1954). Economic Development with Unlimited Supplies of Labor. *Manchester School of Economic and Social Studies*, 22, 139-91.
- Li, Y., Marshall, C., Rees, H., Nunez, A., Ezeanolue, E. & Ehiri, J. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int Aids Soc.*,13(17), 456-68.
- Lichtenstein, B. (2009). Sensitive Issues in the Classroom: Teaching About HIV/AIDS in the American Deep South. *Journal of Enhanced Learning in the Social Sciences*, 2(3), 1-14.
- Livi Bacci, M. (1993). *Introducción a la demografía*. Barcelona: Ariel Historia.
- Llopis, R. (2004). *Grupos de discusión*. Madrid: ESIC Editorial.
- Lloyd, J., Papworth, E., Grant, L., Beyrer, C. & Baral, S. (2014). Systematic review and meta-analysis of HIV prevalence among men in militaries in low income and middle income countries. *Sex Transm Infect.*, 90(5), 382-7.
- López-Aranguren, E. (2005). *Problemas sociales: desigualdad, pobreza y exclusión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, G. & Molina, I. (2000). *Introducción a la Solidaridad internacional*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- López, M. (2012). La medicalización de la vida y salud de las mujeres. *Revista Mujer y Salud*.
- Lostao, L., Regidor, E. & Aïach, P. (2000). Desigualdades sociales en salud. Un análisis de la mortalidad por causas. *Revista Internacional de Sociología*, 27, 5-22.
- Lostao, L. (2002). Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. En Regidor, E. (Ed.), *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo (75-89)*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Lostao, L. (2008). Sociología de la salud. En Pérez, M. (Ed.), *La Sociología en España* (261-289). Madrid: CIS.
- Lucca, N. & Berrios, R. (2003). *Investigación cualitativa, fundamentos, diseños y estrategias*. Colombia: Ediciones S.M.

- Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*, 16, 145-50.
- Lynd, R.S. & Lynd, H.M. (1929). *Middletown: A Study in Contemporary American Culture*. Oxford, England: Harcourt, Brace.
- Maddison, A. (2003). *Economic Growth in Japan and URSS*. Canada: MCLeond Limited.
- Malinowski, B. (1922). *Argonauts of The Western Pacific*. New York: Dutton. Recuperado de <https://archive.org/details/argonautsofthewe032976mbp>
- Mansilla, H. & Figallo, L. (2004). *Medicina y sociedad. Una aproximación a la salud integral desde la persona al colectivo*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad pedagógica Experimental Libertador Salud y prevención. Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones Intercambio.
- Hoffman, S., Smit, J.A., Adams-Skinner, J., Exner, T., Mantell, J. & Stein, Z. (2008). Female condom promotion needed. *Lancet Infect Dis.*, 8(6), 348.
- MAP (2012). *Informe Nacional de Guinea Ecuatorial para la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Rio+20*. Malabo: Ministerio de Agricultura y Pesca de la República Democrática de Guinea Ecuatorial.
- Marchiori, P. (2006). Globalización, Pobreza y Salud. *Salud Colectiva*, 2(3), 281-297.
- Marmot, M.G. (2004). Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. *J Epidemiol Community Health*, 58, 264-266.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(3), 56-71.
- Martínez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 7-33.
- Martins, H. (1974). Time and Theory in Sociology. En Rex, J. (Ed.). *Approaches to sociology: An introduction to major trends in British sociology* (156-177). Londres: International Library of Sociology.
- Marx, K. (1967). *El Capital crítica de la economía política*. Tomo 1. México: Siglo XXI.
- Marx, K. & Engels (1853). *La ideología alemana*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Maslow (1943). An theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maughan-Brown, B., Kenyon, C., & Lurie, MN. (2014). Partner Age Differences and Concurrency in South Africa: Implications for HIV-Infection Risk Among Young Women. *AIDS Behav.*

- Mburu, G., Ram, M., Skovdal, M., Bitira, D., Hodgson, I., Mwai, G., ... & Seeley, J. (2013). Resisting and challenging stigma in Uganda: the role of support groups of people living with HIV. *J Int AIDS Soc*, 16(3), 18636.
- McIntire, C. & Easton, M. (1894). The importance of the study of medical sociology. *Bulletin of America Academy of Medicine*, 1, 425-434.
- McLuhan, M. (1962). *La galaxia de Gutenberg: Génesis del Homo Typographic* (1998, 3ªEd.) Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- McMichael, M.B. (2013). Globalization, Climate Change, and Human Health. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1335-14.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, Self & Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Medina, F. (2001). *Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso. Estudios estadísticos y prospectivos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Menéndez-Arias, L. & Alvares, M. (2014). Antiretroviral therapy and drug resistance in human immunodeficiency virus type 2 infection. *Antiviral Res.*, 102, 70-86.
- Menéndez, E. (1992). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*, 3, 85-119.
- Merson, M.H., Black, R.H. & Mills, A.J. (2006). *International public health: diseases, programs, systems, and policies*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Merten, S., Kenter, E., McKenzie, O., Musheke, M., Ntalasha, H. & Martin-Hilber, A. (2010). Patient-reported barriers and drivers of adherence to antiretrovirals in sub-Saharan Africa: a meta-ethnography. *Trop Med Int Health*, 15(1), 16-33.
- Merton, R. (1949). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Merton, R.K. (2009). The sociology of knowledge. In Stehr N. & Meja, V. (Eds.): *Society and knowledge: Contemporary perspectives in the sociology of knowledge and science* (35- 66). EUA: Transaction Publishers.
- Mesa, D. (2006). *La cooperación al desarrollo y la construcción de la paz*. Madrid: Cáritas.
- Milano, A. (1982). *Salute e analisi sociológica*. Bologna: FUYHI.

- Milanovic, B. (2009). *Global Inequality and the Global Inequality Extraction Ratio. Policy Research Working Paper The Story of the Past Two Centuries*. Whashington: World Bank.
- Mills, C.W. (1959). *The Sociological Imagination*. Oxford: Oxford University Press.
- MINSABS (2006). *Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la nupcialidad, actividad sexual, VIH/SIDA y ETS en la población sexualmente activa de Guinea Ecuatorial*. Guinea Ecuatorial: MINSABS.
- MINSABS & ONUSIDA (2010). *Declaración de compromiso sobre VIH-sida, UNGASS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UGASS*. Nueva York: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida.
- MINSABS & ONUSIDA (2012). *Informe nacional sobre los progresos realizados en Guinea Ecuatorial (2012). Indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/ sida. Periodo 2010-2011*. Nueva York: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida.
- Molina, R., Rivas, J. & Ramírez, M. (2002). Globalización, salud y medicamentos. *Análisis Económico*, 15(35), 185-202.
- Montagud, X. (2000). Bases conceptuales de la globalización. Aproximación a un debate. *Anuario de Filosofía del Derecho*, 17, 45-89.
- Monteiro, (2009). STD/Aids prevention in Portuguese-speaking Africa: a review of recent literature in the social sciences and health. *Cad Saude Publica*, 2009, 25(3), 680-6.
- Mora, H. (2009). Mundo de la vida, comprensión y acción intersubjetiva en la sociología fenomenológica de Alfred Schütz. *Revista CUHSO*, 18, 51-68.
- Morcillo, A. (2011). El debate entre transnacionalismo y nacionalismo metodológico como marco teórico para la comprensión del papel del empleo en la gobernabilidad de la inmigración en España, *Revista Papers*, 96(3), 757-780.
- Morgan, L.H. (1864). Systems of Consanguinity and Affinity of the Human Family. En Valdés, M.: *El pensamiento antropológico de Lewis Morgan*. Barcelona: Publicacions d'Atropologia Cultural.
- Morgan, L.H. (1935). *La sociedad primitiva: Investigaciones del progreso humano desde el salvajismo hasta la civilización a través de la barbarie*. Edición digitalizada. México: Pavlov.
- Morse, J. (1994) Designing Founded Qualitative Research. In: Denzin K. & Lincoln, Y. (Eds), *Handbook of Qualitative Research* (220-235). Thousand Oaks, California: SAGE.

- Morse, J. (1995). The significance of saturation. *Qual Health Res*, 5(2), 147-149.
- Moscovici, S. (1979). La representación social. Un concepto perdido. En Huemul, N. (Ed), *E l Psicoanálisis, su imagen y su público* (27-44). Buenos Aires: Huemul.
- Moyer, E. (2014). Peer mentors, mobile phone and pills: collective monitoring and adherence in Kenyatta National Hospital's HIV treatment programme. *Anthropol Med*, 21(2),149-61.
- Muntaner, C. & Benasch, J. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Venezuela: Instituto de altos Estudios en Salud Pública.
- Murray, C. (1984). *Losing ground: American Social Policy, 1950-1980*. New York: Basic Books.
- Muya, AN., Geldsetzer, P., Hertzmark, E., Ezeamama, A.E., Kawawa, H., Hawkins, C., Sando, D., Chalamilla, G., Fawzi, W. & Spiegelman, N. (2014). Predictors of Nonadherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Adults in Dar Es Salaam, Tanzania. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, Jun 25.
- Myer, L., Kuhn, L., Stein, Z.A., Wright, T.C. (2005). Intravaginal practices, bacterial vaginosis and womens susceptibility to HIV infection: epidemiological evidence and biological mechanisms. *The Lancet Infectious Diseases*, 786-794.
- Naim, M. (2001, 25 de septiembre). Los terroristas también sepultaron ideas. *El País* (http://elpais.com/diario/2001/09/25/opinion/1001368808_850215.html).
- Navarro, S. (2009). Del imperialismo político al neocolonialismo cultural: El mito de la Madre Patria y sus proyecciones mediáticas. En Borro, C. (Ed.), *Arte y Cultura en la Globalización*. Buenos Aires: Editorial Bohemia.
- Navarro, V. (1979). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.
- Navarro, V. (2000). Assessment of the World Health Report. *The Lancet*, 156, 1598-1601.
- Navarro, V. (2008, 1 de mayo). Desigualdades sociales, calidad de vida y salud. *El País*. Recuperado de: <http://www.vnavarro.org/?p=403>.
- Navarro, V. (2010). Situación de la salud en el mundo. En Navarro, V. et al. (Ed.), *Globalización y Salud* (32-43). Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Neuman, M., HELLERINGER, S., Desclaux, A. & Obermeyer, CM. (2014). Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. *Health Policy Plan.*,17.

- Ndiwane, A. (2008). Laying down the knife may decrease risk of HIV transmission: cultural practices in Cameroon with implications for public health and policy. *J Cult Divers*, 15(2), 76-80.
- Nisbet, R. (1991). *La Historia de la idea de progreso*. Barcelona: Gedisa.
- Njuki, R., Kimani, J., Obare, F. & Warren, C. (2014). Using verbal and social autopsies to explore health-seeking behaviour among HIV- positive women in Kenya: a retrospective study. *BMC Womens Health*, 14(17), 678-70.
- Noya, J. & Rodríguez, B. (2010). *Teorías sociológicas de la globalización*. Madrid: Tecnos.
- Ntsepe, Y. (2014). Perceptions about the acceptability and prevalence of HIV testing and factors influencing them in different communities in South Africa. *Sahara J.*, 25, 138-147.
- Núñez, J.J. (2006). La desigualdad económica medida a través de las curvas de Lorenz. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 2, 67-108.
- Nduna, M., Jewkes, RK., Dunkle, KL., Shai, N.P. & Colman, I. (2010). Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. *J Int AIDS Soc.* 15 (13), 13-44.
- O'Brien, S. & Broom, A. (2013). Gender, culture and changing attitudes: experiences of HIV in Zimbabwe. *Cult Health Sex*, 15(5), 583-9.
- Odiambo, J., Kizito, W., Njoroge, A., Wambua, N., Nganga, L., Mburu, M., ... & De Cock, KM. (2008). Provider-initiated HIV testing and counselling for TB patients and suspects in Nairobi, Kenya. *Int J Tuberc Lung Dis*, 12, 63-8.
- Ohhmar, K. (1999). *Triad Power: the coming shape of global competición*. New York: Free Press.
- Ollila, E. (2005). Globalización y efectos locales en el proceso salud-enfermedad. *Revista Provincia*, 20, 35 -64.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change. *MilbankMem Fund Quart*, 49, 508-538.
- OMS (1946). Constitution of the World Health Organization. London: World Health Organization Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.
- OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud Recuperado de: (<http://www.who.int/dg/20080915/es/>).

- OMS (2002). *Increasing access to knowledge of HIV status: Conclusions of a WHO consultation, 3– 4 December 2001*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2003). *Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2006). *Estrategia de cooperación*. Guinea Ecuatorial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2007 a). *Guidance on provider-initiated hiv testing and counselling in health facilities*. Ginebra: OMS.
- OMS (2007 b). *Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper*. Geneve: OMS.
- OMS (2008). *Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2009). *Informe sobre estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2013a). *Informe Mundial sobre la epidemia mundial del tabaquismo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2013b). *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitario universal*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.
- ONU (2000). *Declaración del Milenio*. Nueva York: Asamblea General. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552s.htm>
- ONUSIDA (2011). *Cómo llegar a cero: Más rápido. Más inteligente. Mejor. Informe para el día mundial del sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida.
- ONUSIDA (2012). *Informe Onusida sobre la epidemia mundial del sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida.
- ONUSIDA (2014). *Informe sobre la respuesta mundial al Sida 2014*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida.
- OPS (2002). *Informe sobre Violencia y Salud*. Whashington: Organización Pannamericana de la Salud.

- Organización para la Unidad Africana (1981). Carta Africana sobre los derechos humanos y de los pueblos. Publicada en Agencia de la ONU para los refugiados <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/1297>.
- Orlado, G. (2009). *Diccionario de Sociología*. Argentina; Valletta Ediciones.
- Ortiz, I. & Cummins, M. (2012). *Desigualdad global la distribución del ingreso en 141 países*. New York: Organización de las Naciones Unidad para la Educación, la Ciencia, la Cultura.
- Ortún, V. (2000). Desigualdad y salud. *Política y Sociedad*, 35, 65-71.
- Oyono Nguema, A. (2011). *La educación en Guinea. De la provincialización a la independencia. La formación del guineano en la última década de la colonización española 1958-1968*. Tesis doctoral. Madrid: UNED.
- Paladino, J. (2012). Solidaridad democrática y capitalismo global: Desafíos de una modernidad posnacional en la Sociología política de J. Habermas. *Intersticios. Revista Sociológica de pensamiento crítico*, 6(1), 131-144.
- Palomo, A. (2011). La globalización y su renombre. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 32, 4.
- Paltiel, A.D., Milton, C., Kimmel, A., Seage, G., Losina, E., Zhang, H., Freedberg, H., Walensky, R. (2005). Expanded screening for HIV in the United States an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med*, 352, 586-595.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. England: Routledge y Kegan Paul.
- Pastor, J. (2001). Los Movimientos Antiglobalización Neoliberal. VII Congreso Español de Sociología. Grupo de Trabajo 27: Movimientos sociales y acción colectiva, Sesión 3ª, Salamanca, septiembre.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Peltzer, K. (2009). Utilization and practice of traditional/complementary/alternative medicine (TM/CAM) in South Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med*, 7(6):175-85.
- Penn, C. & Watermeyer, J. (2014). Exploring Cultural Beliefs About "That Sickness": Grandmothers' Explanations of HIV in an Urban South African Context. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 16.
- Pepin, J. (2010). *The origins of AIDS*. New York: Cambrige University.
- Perdiguero, E. & Comelles, J. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ballaterra.
- Perea, R. (2004). *En Educación para la salud. El reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz Santos.

- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos, interrogantes y métodos*. Madrid: La Muralla.
- Pérez, I. (2009). *El sector sanitario en Guinea Ecuatorial*. Canarias: PROEXCA.
- Pérez, J.E. (2009). Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular. *Revista de Ciencias sociales*, XV (4), 708-715.
- P i o t , P . (2 0 0 8) . R e c u p e r a d o d e <http://www.unaids.org/es/Resources/PressCentre/Featurestories/2008/December>
- Petersen, I. (2006). Mediar representaciones sociales usando una narrativa de la historieta en el contexto del VIH / SIDA: el Proyecto Familia AmaQhawe en Sudáfrica. *Psychol Salud J.*, 11 (2), 197-208.
- Petras, J. (2002). *El imperialismo en el siglo XXI. La globalización desenmascarada*. Madrid: Popular.
- PNUD (1990). *Desarrollo Humano. Informe 1990*. Bogotá: Oxford University Press.
- PNUD (2002). *Informe anual 2002*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD (2003). *Informe sobre el desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. New York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD (2010a). *Informe de desarrollo humano 2010. La verdadera riqueza está en las naciones. Caminos al desarrollo humano*. New York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD (2010b). *Informe sobre la epidemia global*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida.
- PNUD (2011a). *Cómo llegar a cero: Más rápido. Más Inteligente. Mejor*. Informe de ONUSIDA Para el mundial del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida.
- PNUD (2011b). *Informe sobre el Desarrollo Humano 2011: Sostenibilidad y Equidad. Un mejor futuro*. Madrid: Mundi Prensa.
- PNUD (2013). *Informe sobre el Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso Humano en un mundo diverso*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD (2014). *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. New York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Pope, D.S., Deluca, A.N., Kali, P., Hausler, H., Sheard, C., Hoosain, E., ... & Chaisson, R.E (2008). A cluster-randomized trial of provider-initiated (opt-out) HIV counseling and testing of tuberculosis patients in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 48(2), 190-195.
- Popper, K.R. (1934). *La lógica de la investigación científica* (2008, 2ª ed). Madrid: Tecnos.

- Prata, N., Vahidnia, V. & Fraser, V. (2005). Gender and relationship differences in condom use among 15-24-year-olds in Angola. *Int Fam Plann Perspect.*, 31, 192-9.
- Prebisch, R. (1987). Cinco etapas de mi pensamiento sobre el desarrollo. En Prebisch, R. (Ed), *Un aporte al estudio de su pensamiento*, Santiago: CEPAL.
- Rad, J., Requena, M. & Salazar, L. (2013). *Estratificación social*. Madrid: McGraw Hill.
- Ramirez, J.L. (1992). El significado del silencio y el silencio del significado. En Castilla del Pino, C. (Ed.), *El silencio* (56-78). Madrid: Alianza Editorial.
- Ramonet, I. (2001). Globalización, desigualdades y resistencias. En Monereo, M. & Riera, M. (Eds.), *Porto alegre. Otro mundo es posible* (73-94). Madrid: El Viejo Topo.
- Ray, D. (1998). *Development Economics*. Princeton: University Press.
- Reche, A. (2010). *El humor en la sociología postmoderna. Una perspectiva desde la sociología del conocimiento*. Madrid. Editorial Fundamentos.
- Regidor, E. (2011). La importancia de adecuar la investigación sobre el uso de los servicios sanitarios al objetivo perseguido. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias*, 23 (4), 264-265.
- Ress, B. (2008). HIV disease and aging. The hidden epidemic. *Cri Care Nurse*, 23(5), 38-42.
- Ritzer, G. (1999). *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ritzer, G. (2007). *The Blackwell companion to globalization*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Robertson, R. (2000). Glocalización: tiempo-espacio y homogeneidad-heterogeneidad. En *Zona Abierta*, 993, 213-241.
- Rodríguez, C., Pozo, T. & Gutierrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuestas recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *Revista Relieve*, 12(2). Recuperado de http://www.uv.es/RELIEVE/v12n2/RELIEVEv12n2_6.htm.
- Rodríguez, C. & Blasco, T. (2014). The sociological approach in the HIV prevention Pandemic. In Ibeh, B. (Ed.), *HIV Infection*. USA: Intech.
- Rodríguez C. & Blasco, T. (2013). Recomendaciones para la implementación del ciclo de mejora en la calidad asistencial. Guía para profesionales. Madrid: ISCIII. Instituto de Salud Carlos III.
- Rodríguez, C., Blasco, T. & Nzag, J. (2012). The medicalization of disease as a factor of abandonment and dissatisfaction with HIV treatment services. *Revista Retrovirology*, 9(1), 91.
- Rodríguez, C., Vargas, A., Nzag, J. & Benito, A. (2011). Evidence scientific to stretch of early diagnosis of HIV in the Guinean population. *Revista European Journal TM & IH*, 16, 144.

- Rodríguez, C., Blasco, T., Vargas, A. & Benito, A. (2011). The Pertinence of Applying Qualitative Investigation Strategies in the Design and Evaluation of HIV Prevention Policies. In Yi-Wei Tang, Y. (Ed.), *Recent Translational Research in HIV/AIDS* (123-157). USA: Intech.
- Rodríguez, C., Millán, A., Venégas, J. & March, J. (2010). Acuerdos y discrepancias sobre como mejorar el servicio de metadona en Atención Primaria. *Revista Adicciones*. 2010, 22(3), 207-216.
- Rodríguez, C., Blasco, T., Vargas, A. & Nzag, J. (2010). El caso práctico de Guinea Ecuatorial: Ventajas y dificultades en la Investigación-Acción-Participación como metodología de apoyo en el diseño de Políticas Públicas en cooperación al desarrollo. Edita: Fecons.
- Roseanau, J. (1990). *Turbulence in World Politics: A theory of change and continuity*. Princeton, N.Y: Princeton, Univ. Press.
- Ross, E. (1926). *Social Control: A Survey of the Foundations of Order*. New York: Macmillan.
- Rothkopt, D. (2008). *Superclass, the global power elite and the world they are making*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Rousseau, J. (1974). *Discurso sobre el origen de las desigualdades sociales*. Madrid: Aguilar.
- Rovira, J. (2009). Intellectual property rights and pharmaceutical development. In Costa, F. et al. (Eds.) *The economics of new health technologies - incentives, organisation and financing* (219-240). London: Oxford University Press,
- Ruiz-Castillo, J. (2007). *La medición de la desigualdad de la renta: Una revisión de la literatura*. Documento de trabajo serie de economía 1. Madrid: Universidad Carlos III.
- Ruiz, B. (2008). El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad social. *Revista de filosofía y socio política de la educación*, 8, 3-28.
- Sala, X. (2006). The World Distribution of Income: Falling Poverty and Convergence, Period. *Quarterly Journal of Economics*, 121(2), 351-397.
- Salas, R. (2006). El mundo de la vida y la fenomenología sociológica de Schütz apuntes para una filosofía de la experiencia. *Revista de Filosofía*, 15, 167-20.
- Salgado, A.C. (2007). Investigación cualitativa; diseño, evaluación del rigor metodológico y retos. *Rev Liberabit*, 13, 71-78.
- Shai, J., Jewkes, R., Levin, J., Dunkle, K. & Nduna, M. (2010). Factors associated with consistent condom use among rural young women in South Africa. *AIDS Care*, 2010, 22(11), 1379-85.

- Shai, J., Jewkes, R., Nduna, N. & Dunkle, K. (2012). Masculinities and condom use patterns among young rural South Africa men: a cross-sectional baseline survey. *BMC Public Health*. 20(12), 1186-1471.
- Samuelsen, H., Norgaard, O. & Ostergaard, LR. (2012). Social and cultural aspects of HIV and AIDS in West Africa: a narrative review of qualitative research. *Sahara J.*, 9(2), 64-73.
- Sanahuja, J.A. & Gómez, M. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo: una aproximación a sus actores e instrumentos*. Madrid: CIDEAL.
- Sanahuja, J.A. (2007). ¿Más y mejor ayuda?: La Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo. En Mesa, P. (Ed.), *Guerra y conflictos en el Siglo XXI: Tendencias globales. Anuario 2007-2008*. Barcelona: Icaria.
- Sassen, S. (1991). *The global city: New York, London, Tokyo*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Sassen, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz.
- Stoughton, R. & Helen Merrell, H. (1929). *Middletown: A Study in Modern American Culture*. Florida: Harcourt Brace & Company
- Schütz, A. (1932). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.
- Schütz, A. (1962). *El problema de la realidad social*. . En Natason, M. (comp.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Schütz, A. & Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Segura, J. (2013). *Desigualdades sociales en salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sen, A. & Foster, J. (1973). *On Economic Inequality*. Oxford O: Clarendon Press.
- Sen, A. (1980). *Equality of What? In The Tanner Lecture on Human Values*. Cambridge: University Press.
- Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la Desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Barcelona: Planeta.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11, 8, 659-666.
- Senegal, J. & Senegal, L. (1990). *Aids: die Spur führt ins Pentagon*. Hamburg: Verlag Neuer Weg.
- Serbia, J. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Revista Hologramática*, 7(3), 123-146.

- Shannon, K., Strathdee, A., Goldenberg, S., Duff, P., Mwangi, P., Rusakova, M., ... & Boily, M. (2014). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*, 14, 1243-1267.
- Sikweyiya, Y.M., Jewkes, R. & Dunkle, K. (2014). Impact of HIV on and the constructions of masculinities among HIV-positive men in South Africa: implications for secondary prevention programs. *Glob Health Action*, 1(7), 24631.
- Simmons, L. & Wolff, H. (1954). *Social Science in Medicine*. New York: Russell Sage Foundation.
- Simon & Leutner (1987). *AIDS-erregers aus dem Gen-Labor?* Berlín: Kuno Krese.
- Sindzingre, N. (1985). Tradition et biomédecine. Sciences sociales et santé. *Anthropologie, sociétés et santé*, 3, 9-26.
- Sontang, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Srinivasan, (1994). Human Development: A new paradigm or reinvention of the wheel? *The American Economic Review*, 84(2), 238-265.
- Stadler, J. (2003). Rumor, gossip and blame: implications for HIV/AIDS prevention in the South African lowveld. *AIDS Educ Prev*, 15(4), 357-68.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Stiglitz, J. (2010). *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus.
- Stompka, P. (1995). *Sociología del cambio social*. Madrid: Alianza.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Strauss, R. (1957). The nature and status of Medical Sociology. *America Sociological Review*, 22, 200-234.
- Stuart, R. & Behets, F. (2006). Desperately seeking targets: the ethics of routine testing in low-income countries. *Bulletin of OMS*, 52-57.
- Suárez, S. (1997). Las colonias españolas en África durante el primer franquismo (1939-1959). Algunas reflexiones. Espacio, tiempo y forma. *Revista de Historia contemporánea*, 315-331.
- Suchman, E.A. (1963). *Sociology and the Field of Public Health*. New York: Russell Sage Foundation.
- Sudhir, A. & Ravallion, M. (1993). Human Development in poor countries: On the role of private incomes and public Services. *Journal of Economic Perspectives*, 7(1), 133-150.

- Susser, M. (1973). *Causal thinking in the health science. Concepts and Strategies of Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An Integrative Theory of Intergroup Conflic. In William G. & Worchel, S. (Eds), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (33-53). Monterey:BrooksiGole.
- Tannenbaum, F. (1938). *Crime and the Community*. New York: UGETD
- Tanser, F., Bärnighausen, T., Hund, L., Garnett, G.P., McGrath, N. & Newell, M.L. (2011). Effect of concurrent sexual partnerships on rate of new HIV infections in a high- prevalence, rural South African population: a cohort study. *Lancet*, 378, 275-55.
- Teddle, Ch. & Yu, F. (2007). Methods sampling. Typology with examples. *J Mix Methods Res.*, 1(1), 77-100.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *Am J Pub Health*, 65(10), 1037-1044.
- Terris, M. (1992). Conceptos de promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la Salud Pública. *Journal of Public Health Policy*, 13 (3), 267-276.
- Therborn, G. (1999). *Globalizations and Modernities: Experiences and Perspectives of Europe and Latin America*. Estocolmo: FRN.
- Tönnies, F. (1887). *Comunidad y sociedad*. Madrid: Losada.
- Tönnies, F. (1887). *Gemeinschaft y Gesellschaft*. Cambridge: University Press.
- Torres, A. (2010). El sistema internacional de Ayuda al Desarrollo. Actores e instrumentos. *Cuadernos de Cooperación*, 1, 24- 54.
- Toribio, J.J. (2003). *Globalización, Desarrollo y Pobreza*. Madrid: Círculo de Empresarios.
- Towsend, R. (2000, 2 de febrero). Un estudio científico sitúa el origen del sida en 1930 en el África Central. El país. Recuperado de : http://elpais.com/diario/2000/02/02/sociedad/949446017_850215.html.
- Tromp, N., Michels, C., Mikkelsen, E., Hontelez, J. & Rob, M. (2014). Equity in utilization of antiretroviral therapy for HIV- infected people in South Africa: a systematic review. *Int J Equity Health*, 1(13), 60.
- Tylor, E.B. (1981). *Cultura Primitiva*. Volumen II. Madrid: Ayuso.
- Ulloa, L. (2007). *La cooperación internacional en la era de la globalización*. México: Instituto Politécnico Nacional.

UNESCO (2013). Institute for Statistic. Recuperado de: <http://www.uis.unesco.org/DataCentre/Pages/countryprofile.aspx?code=GNQ&regioncode=40540>.

UNICEF (1987). *Ajuste con rostro humano*. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF (2013). *El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada*. Informe de sobre los progresos de 2013, Nueva York: UNICEF.

Valero, M. & Tanner, M. (2008). Globalización y salud: El caso de las enfermedades tropicales y olvidadas. *Revista MVZ Córdoba*, 13(1), 1252-1264.

Vargas, F. (2001). Protección sanitaria frente a los nuevos riesgos ambientales. *Rev. Salud Ambiental*, 1, 4-5.

Vergara, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud y enfermedad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41- 50.

Vilaró, M. (2009). Los avatares de la primera expedición misionera a las posesiones españolas del Golfo de Guinea a cargo de los eclesiásticos ilustrados Jerónimo Mariano Usera y Alarcón y Juan del Cerro. *Revista Hispania Nova. Revista de Historia Contemporánea*. Recuperado de: <http://hispanianova.rediris.es/9/articulos/9a002.pdf>

Vinacke, W. E. (1949). The judgment of facial expressions by three national-racial groups in Hawaii: I. Caucasian faces. *Journal of Personality*, 17, 407-429.

Wabiri, N. & Taffa, N. (2013). Socio-economic inequality and HIV in South Africa. *BMC Public Health*, 13, 1037-48.

Wallerstein, I. (1979). *El moderno sistema mundial: La agricultura capitalista y los orígenes de la economía- mundo europea en el siglo XVI*. Madrid: Siglo XXI.

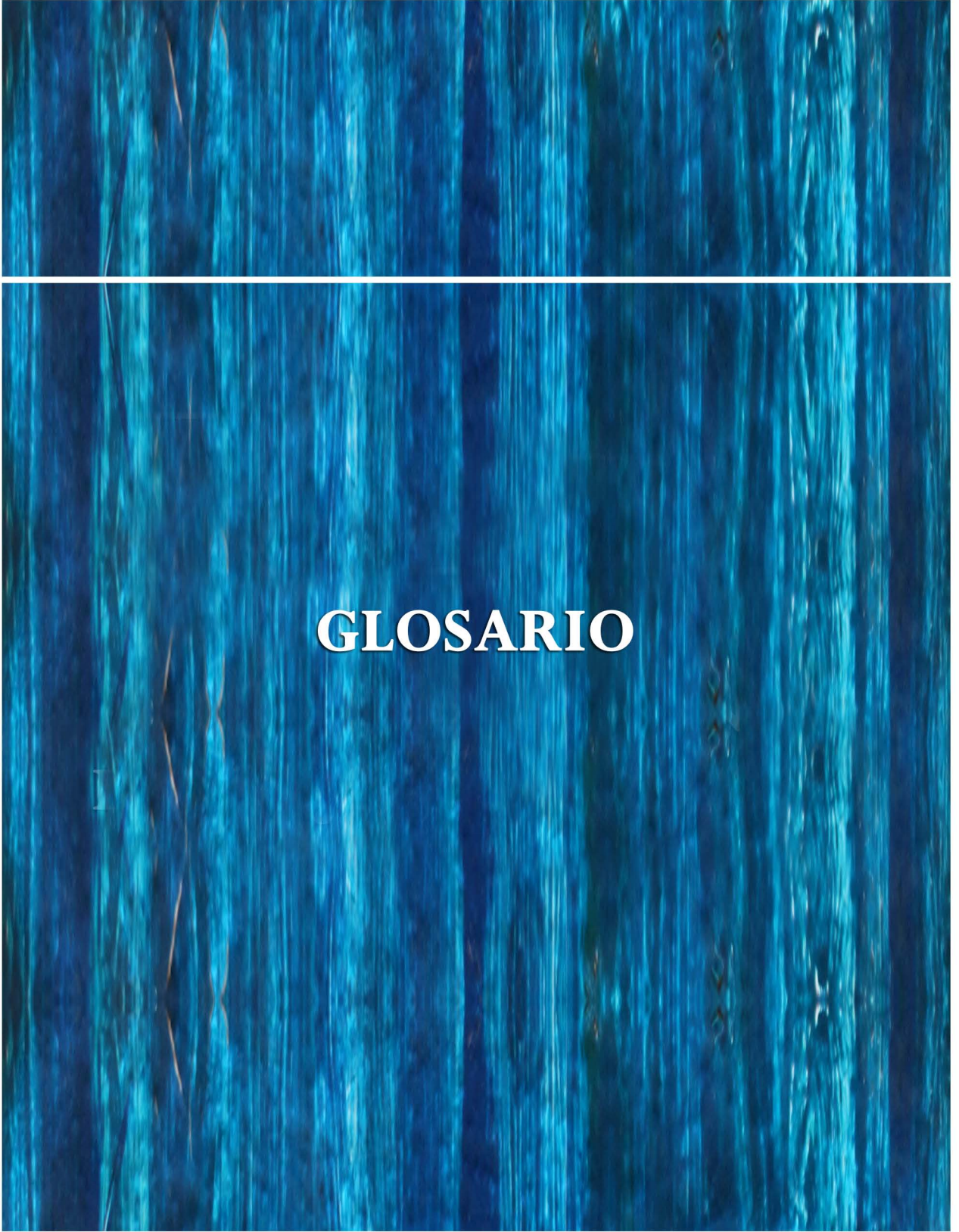
Ware, N.C., Wyatt, A., Geng, H., Kaaya, S., Agbaji, O., Muyindike, W., Chalamilla, G. & Agaba, P. (2013) Toward an understanding of disengagement from HIV treatment and care in sub-Saharan Africa: a qualitative study. *Plos Med*, 10 (1), 67-78.

Weber, M. (1905). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (1991, 9ª Ed.). México: Premia.

White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Conceptos y principios para la lucha contra las desigualdades sociales en salud*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.

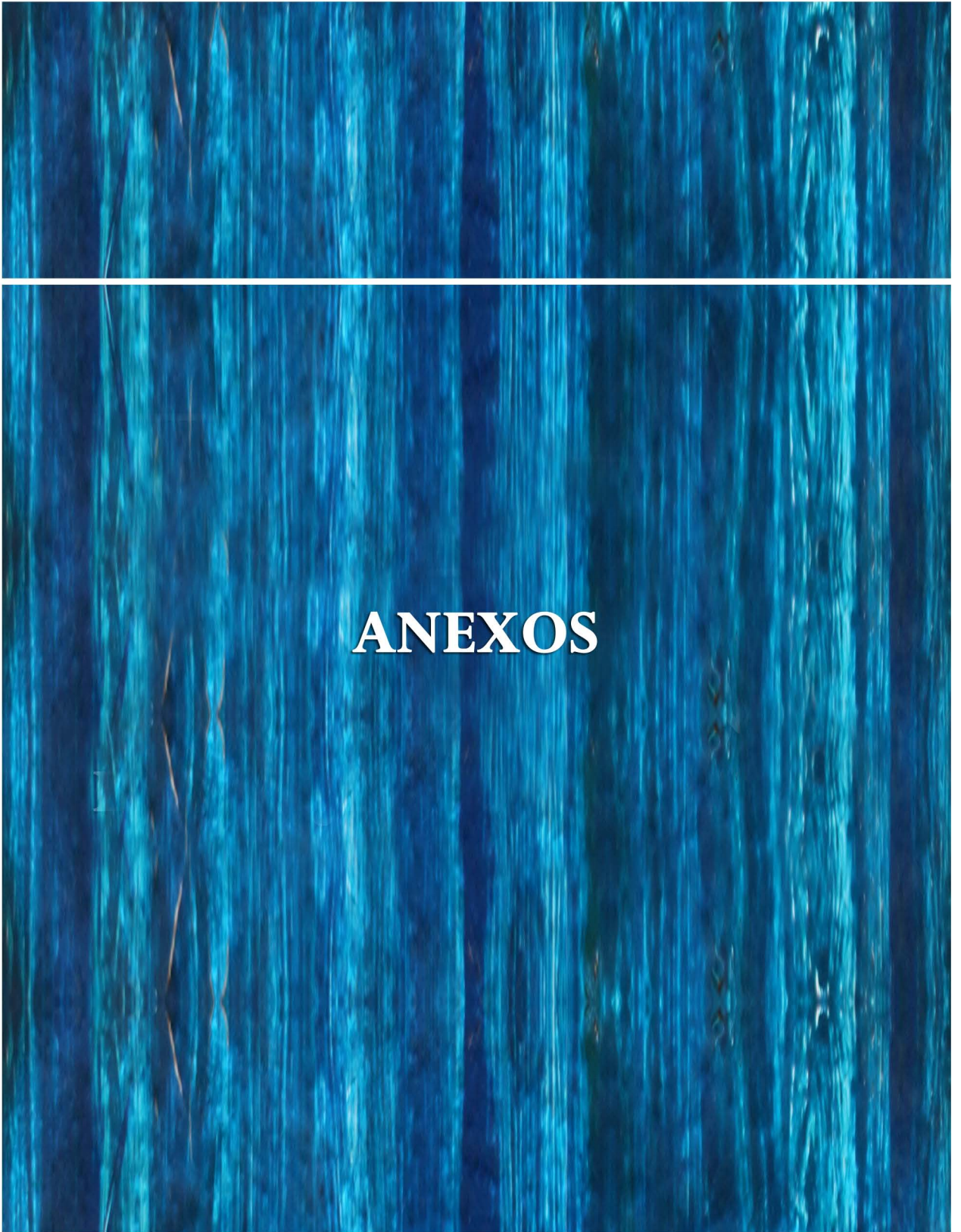
- Wynberg, E., Cooke, G., Shroufi, A., Reid, S. & Ford, N. (2014). Impact of point-of-care CD4 testing on linkage to HIV care: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 20 (17).
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sic Med*, 62(7), 1768-84.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publicaciones.
- Williams, LD. (2014). Understanding the relationships among HIV/ AIDS related stigma, health service utilization and HIV prevalence and incidence in Sub- Saharan Africa: a multi-level theoretical prespective. *Am J Community Psychol*, 53(1), 146-58.
- Winskell, K., Beres, L., Hill, E., Chigozie, B. & Obyerodhyambo, O. (2011). Making sense of HIV testing: social representations in young Africans' HIV-related narratives from six countries. *Cult Health Sex*, 13(8), 945-59.
- Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus Logico-Philosophicus* (2007, 3° Ed.). Madrid: Tecnos.
- Whyte, W.F. (1939). *Street Corner Society*. California: University of Chicago Press.
- Wood, L. & Rens, J. (2014). Treating 'AIDS blindness': A critical pedagogical approach to HIV education at tertiary level. *Afr J AIDS Res*, 13(1), 65-73.
- Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R. & Lipsonet, D. (2001). Globalization and health: a framework analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 875-881.
- Wright, E. O. (1995). Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases. En Carabaña, J. & De Francisco, A. (Ed.), *Teorías contemporáneas sobre las clases sociales* (17-45). Madrid: Fundación Pablo Iglesias.
- Yin, R. (1989). *Foreword in Case Study research: design and methods*. London: SAGE. Recuperado de <http://faculty.washington.edu/swhiting/pols502/Yin.pdf>
- Zhao, K., Ishida, Y., Oleksyk, T., Winkle, C. & Roca, A. (2012). Evidence for selection at HIV host susceptibility genes in a West Central African human population. *BMC Evol Biol*, 12, 237.
- Zola, I.K. (1972). La medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20, 487-504.



GLOSARIO

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS:

- **ATACC:** Tasación de las Transacciones financieras y por la Acción Ciudadana
- **BM:** Banco Mundial
- **CAP:** Cuestionario de Actitudes y Prácticas
- **CDSS:** Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud
- **CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- **CIA:** Central Intelligence Agency
- **FMI:** Fondo Monetario Internacional
- **GATT:** Acuerdo General sobre Aranceles de Aduana y Comercio
- **IDH:** Índice de desarrollo humano
- **ISCH:** Instituto de Salud Carlos III
- **MINSABS:** Ministerio de Salud y Bienestar Social de la República Democrática de Guinea Ecuatorial
- **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- **OMC:** Organización Mundial de Comercio
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONGD:** Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PIB:** Producto Interior Bruto
- **PITC:** Provider implementation testing and counselling
- **PNB:** Producto Nacional Bruto per cápita
- **PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



ANEXOS

ANEXO I: NOTICIA PUBLICADA SOBRE LA PRIMERA VISITA AL TERRENO

CRCE - Guinea Ecuatorial - Presentación del estudio ESEVIGUE en el MINSABS

[Inicio](#) [Noticias](#) [VIH](#) [Presentación del estudio ESEVIGUE en el MINSABS](#)



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO ESEVIGUE EN EL MINSABS

lunes, 29 de septiembre de 2009



El pasado 29 de Agosto tuvo lugar en Malabo, en el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, una reunión en la que el CRCE presentó la nueva actividad que iniciará a partir de Octubre de 2009. El estudio ESEVIGUE, o Evaluación sobre la implementación de estrategias para mejorar la accesibilidad y utilización del servicio de diagnóstico del VIH/Sida en Guinea Ecuatorial. Se trata de un nuevo proyecto que el CRCE, proyecto dirigido técnicamente por el Centro Nacional de Medicina Tropical del ISCIII de España, llevará a cabo dentro de su plan de acción en materia de VIH/SIDA.

A la reunión asistieron instituciones y organismos que, actualmente, están implicados y/o tienen competencia en las políticas contra el VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial. Este estudio, coordinado conjuntamente por el PNLS y CRCE, tiene como objetivo generar información clave que permita conocer, comprender e identificar las razones y/o barreras y facilitadores que la población percibe en relación a la accesibilidad y utilización del servicio de pruebas diagnósticas del VIH. De modo que los resultados que se obtengan del estudio serán aplicados para asesorar, técnica y científicamente, el diseño de medidas y estrategias para la implementación en la extensión y universalización del servicio de pruebas diagnósticas sobre el VIH en Guinea Ecuatorial.

El estudio ESEVIGUE está diseñado en tres etapas, Investigación-Participación-Intervención, metodológicas diferentes. La primera ya en marcha, "La Fase de Investigación", está siendo implementada en la ciudad de Bata. En esta fase se ha realizado ya la parte de diseño de útiles de trabajo y a finales de este año se pondrá en marcha la implementación de la recogida de información con la participación de usuarias, profesionales y gestores/as del sistema de salud. La segunda etapa, "La Fase de Participación", será llevada a cabo en la ciudad de Malabo y participarán distintas instituciones con competencia en materia de VIH/SIDA. Y por último, "La Fase de Intervención", la tercera y última fase del estudio, será pilotada en la ciudad de Bata y principalmente participarán profesionales sociosanitarios. Para realizar el estudio se ha constituido un equipo multidisciplinar compuesto por: Carmen Rodríguez Reinado como investigadora principal, Dr. Antonio Vargas y Teresa Blasco como coinvestigadores, Dr. Nemesio Abeso, Policarpo Ndog, Jesús Nzeng, Catalina Mangué y Manuel Nzig como miembros del equipo de investigación y trabajo.



< Anterior Siguiente >

[\[volver\]](#)







Instituto de Salud Carlos III Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales

ANEXO II: NOTAS DE CAMPO

Informe sobre la evaluación del objeto de estudio en el terreno de campo.

Entrevista con profesionales sanitarios del Centro de Tratamiento Ambulatorio con una experiencia profesional desde el año 1994, con formación en medicina tradicional, en España de ATS. Actualmente estudia medicina. Ahora da apoyo en verano a las monjas.

96: Formación hasta hoy (partera tradicional).

Diagnóstico de situación:

- Hay indicadores de salud que han mejorado considerablemente: mal nutrición infantil (a los comedores ya no acuden apenas personas), diarreas, sarampión.
- Hay otros indicadores de salud que han empeorado como las enfermedades de transmisión sexual: VIH/sida está aumentando considerablemente.
- Aparecen las enfermedades crónicas como consecuencia de la mejora de la calidad de vida de la población.
- Ha mejorado la asistencia sanitaria; mayor cobertura pero falta infraestructura y equipamiento.
- Estima que el mayor problema de salud está por venir en el 2015 y será el VIH/sida.

Diagnóstico de situación del VIH/Sida:

- Se desconocen las cifras reales de prevalencia.
- Es la enfermedad del futuro y su tendencia es a aumentar.
- Existe un gran desconocimiento de la enfermedad. Este desconocimiento es más acusado en el campo.
- Se trabaja poco en la prevención de esta enfermedad, solo se hace desde el ámbito sanitario y con acciones puntuales durante el mes de diciembre.
- Las acciones preventivas de la enfermedad son puntuales y poco coordinadas.
- El uso del condón sigue siendo una asignatura pendiente a trabajar. La población aún no acepta esta práctica. Existen diferencias entre hombres y mujeres en el uso del condón; los hombres aceptan mejor esta práctica, las mujeres suelen rechazarla.

Diagnóstico sobre el servicio de pruebas de VIH:

- Ha mejorado en los últimos años con el test rápido y se ha incorporado la consejería.
- Es partidario de que las pruebas no sean voluntarias.
- Poca coordinación entre el Centro de salud y la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas.
- Barreras en el circuito asistencial, concretamente en la confirmación de las pruebas. La falta de recursos y demoras en las pruebas hacen que pacientes se pierdan o mueran antes de poner el tratamiento.
- Falta de seguimiento y pérdida del paciente cuando se le confirman las pruebas.
- Mejora en la confidencialidad y anonimato de los resultados al poner estos en un documento diferente al cuaderno de consulta.
- Recientemente se derivan las pruebas al Centro de salud. Esto supone una mejora en el tiempo de espera y en la atención al paciente.

Diagnóstico sobre el tratamiento.

- Hay que mejorar los tiempos de incorporación al tratamiento pues las enfermedades oportunistas no esperan y acuden a las curanderías.
- Hay que trabajar en la información y educación a los pacientes de que es una enfermedad crónica pues se desaniman y dejan el tratamiento.
- Hay que acompañar el tratamiento de la enfermedad de apoyo social y psicológico.

La salud poblacional en Guinea Ecuatorial.

- Indicadores han mejorado como malnutrición en Bata.
- Mejora la calidad de vida (niños de pautados han mejorado)
- La asistencia no ha mejorado aunque la infraestructura sí, equipamientos y recursos faltan. Por ejemplo, guantes. Centros de salud apoyados por FERS no se ve tanto esta carencia.
- Las enfermedades transmisibles siguen ahí, la teoría o la práctica del condón no está siendo bien recibida por un grupo de población. Pero las principales enfermedades como diarreas, paludismo están más controladas. Ni sarampión tampoco ve.
- Aparecen las enfermedades crónicas, como cáncer, hipertensión por la mejora la calidad de vida

Enfermedades de transmisión. Uso del condón.

- Hay múltiples razones. La primera es que no se trabaja en el uso del condón como se debería, hay poca información, la gente sabe que hay preservativos pero esto se hace más... Creo que el uso del condón... y

hablo más con los jóvenes y no terminan de aceptar el uso de condón. Creo que hay que trabajar más en las escuelas y otros espacios diferentes a los Centros de salud. Por ejemplo, en diciembre se intensifican las acciones pero luego terminado ese día el tema estaba olvidado. Cada uno hacia y las acciones que no están bien coordinadas, además deben de trabajar personas que no estén tan vinculada al Centro de salud para hacerlo más expansivo. Gran parte de la población sigue con dudas. Además hay que implicar más a personas con peso social e influencia social. Viendo como van las cosas no sé que va a pasar en el 2012... al 2015 . El gobierno está haciendo cosas pero hace falta organizarse más. Hace falta hacer uno para el sida y enfermedades transmisibles solo, pues hay que hacerlo para que el tema tenga otro peso. Vamos mal.

Diagnóstico.

- Ha mejorado, todo el test rápido, ha mejorado con el determine. Los centros están abiertos y la consejería hay que trabajarlo más sobre todo los que pasan consulta. Hace 20 días atrás por sospecha clínica he visto a pacientes. El tema no es solicitarlo sino la prevención. El condón debe de ser aceptado. Hay mucha información hay que ponerla en acción

¿Circuito asistencial?

- Sobre todo la confirmación
- Prenatal
- Sospecha
- Voluntario
- Últimamente van a Centro Almendro porque fallan, no hay material porque deben de esperar 3 meses. Pero allí les abren las puerta y les atienden. Hay dificultades en el paso de confirmar.
- Si se confirma hay que facilitar porque a mí se me han muerto pacientes porque les hacían esperar para el tratamiento, faltaban los CD4.
- Hay que mejorar en este nivel, entre las esperas pasa tiempo y las enfermedades oportunistas no esperan y no están bien alimentado.
- No tienen tratamiento para las enfermedades.
- No tienen apoyo social, es lo que he visto que ocurre y les ha pasado a mis amigos.

Reacción de pacientes cuando saben que es positivo

- Mucho de ellos ya están mal, y no pueden ni tener relaciones.
- Otros se quedan en silencio, faltan asistentes sociales. También he visto a personas con trastornos mentales por ello.

Coordinación entre el hospital.

- No estrictamente, no porque en el momento en que un paciente sale con el papel en la mano en un sobre para la confirmación ya no sabemos muchas cosas de él. Si no es cercana a ti se pierde. No se llama, no hay seguimiento.
- Se hacia antes mandar las confirmaciones y si llegaba al laboratorio pedía el teléfono a las hermanas para llamar. Listado con pacientes confirmados, se sigue haciendo. Hasta el 2007 se hacia con coche para ir a por ellas.
- Afecta más a las mujeres, por naturaleza la mujer es más vulnerable en este tipo de enfermedades. Hay un problema el hombre prefiere curar a su mujer antes que a él mismo. Pues las mujeres no tienen mucho trabajo por lo que no ganan mucho dinero, por tanto son antes atendidas. Soy hombre yo puedo aguantar un poco.
- Demandan más la prueba voluntaria las mujeres. Están más concienciadas o han tenido más conductas de riesgo. La prueba es gratuita y no depende de un hombre. Aunque no es que estén más concienciadas, pero de alguna forma la prueba al ser gratuita se acercan más. Porque lo que yo veo son que los chicas dicen que cuando se les presenta un preservativo se siente que el hombre le trata como una cualquiera.

Cuidado de la salud.

Depende de las condiciones en que se encuentra cada uno, los hombre tienen la característica que si los dos se encuentran enfermo prefiere que sea ella. Las mujeres acuden más al Centro de salud que los hombres, por lo de antes, creo que es por la constitución, que la mujer tiene tendencia a enfermar más.

Medicina tradicional.

- Las mujeres acuden más al espiritismo que los hombres. En cierto modo intercede en la enfermedad en la medida en que no lo tienen claro van al médico y al curandero que le cobra un poco menos.
- Los curanderos no dicen la verdad, tu vas y aunque estas infectados no te lo dicen. A mi me ha ocurrido de pacientes... al final la persona se cansa y vuelve al mundo sanitario o científico. Pocos médicos hemos recibido formación de paludismo. Algunos curanderos cumplen con la formación con los instrumentos y demás.
- Test rápido en el mismo día y si sale positivo vuelve al médico que lo recibió.
- Consejería pretest.
- Poca coordinación:
 - Barreras: se pierde el paciente cuando se deriva porque el Centro de salud no tiene un sistema de seguimiento de los pacientes. No hay retroalimentación, antes se hacia, se interesaba por

buscarlos, había un documento. Muchos se iban a la Unidad de Referencia de Enfermedades y desaparecían

Propuestas de mejora para la extensión del diagnóstico.

- Prevención
- Información
- Extender la acción sanitaria a los que tienen peso en los Ministerios afines al mundo social. Autoridad que no sea sanitario.
- Aps la gente está cansada no da pero llega el delegado de gobierno tiene otro impacto aparte de llevar la información sobre salud.
- Muchos se sorprenden de que es diabético, la formación de la persona... para darse cuenta de que hay que me siento bien...

Tratamiento y accesibilidad y adherencia.

- Más o menos en la misma dirección influyen muchas variables formación, querer trabajar, respuesta al medicamento, su salud no puede esperar y van a las curanderas.
- Lo mismo con tuberculosis ocurría a largo plazo un tratamiento crónico, se cansa no entiende para su calidad de vida.

Estrategias para la accesibilidad al diagnóstico.

- Salir al campo con los medios apropiados para llegar a la población.
- Ir a las escuelas, institutos, universidad.
- Puestos de salud en poblados.
- 18 a 20.
- Más medios e implicar a más personas, la cosa no va bien. No solo un día como hacer campaña. Mucho no tienen radio o tele, los programas de radios no se hacen.
- Nuevas encuestas y nuevos estudios de la prevalencia. Hay gente que cree que no existe, no está en el campo, se sabe más en la ciudad.
- Palabra y acción junta construirán algo mejor, me lo dice el maestro, catequista, el delegado de gobierno, la gente olvida. Formar a la mujer y entiende menos del condón.
- Los chicos si entienden pero la chica no quiere... en la facultades no se habla, no se dice, cuantas aventuras ocurren.. no hay preservativos...

- Centro de salud libertad: profesional sanitario (cubano).
- 3/4 de la población no está diagnosticada.
- La gente no va a las consultas, los que vienen son las mujeres embarazadas, y cuando vienen por otra patología es muy frecuente. La semana pasada vino una que su esposo tiene dos amantes.
- La población joven igual. Vino una voluntaria también, estudiamos la parejas también.
- La costumbre de la persona es no usar preservativo. A los hombres le daba pena cogerlo.
- Nivel de desinformación y de no usar el preservativo. La situación es preocupante.
- Si ves a las embarazadas de 10 mujeres, 8 tienen alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Es difícil que el hombre acuda al centro del salud, e incluso en la misma pareja el problema es mío.

ANEXO III: FORMACIÓN Y COORDINACIÓN CON PLATAFORMA MOODLE

Este documento ha sido elaborado con el objetivo de que sea un instrumento de apoyo en la coordinación de las actividades que deben realizar los miembros del equipo de investigación del estudio ESEVIGUE. De modo que las páginas, que a continuación vienen, concretan qué actividades deben de ser realizadas por ellos a lo largo del mes de octubre y noviembre. Estas actividades han sido pensadas y planificadas para cumplir un doble objetivo: por un lado, ofrecer formación sobre el proceso de investigación del estudio ESEVIGUE y, por otro, iniciar la fase de planificación del trabajo de campo del estudio que será realizado durante el mes de diciembre

Tabla I. Cronograma de actividades del mes de Octubre

ACTIVIDADES	OCTUBRE		
	V 23	M27	V30
	X		
● Encuentro en la plataforma: Chat de medicina tradicional ● Salida para la realización de la entrevista piloto			
		X	
● Encuentro en la plataforma: T2 y T3			
● Salida a las UTAS: Recogida de datos en las fuentes de perfiles de usuarios/as para el trabajo de campo ● Encuentro en la plataforma: T3			
			X

Tabla 2. Cronograma de actividades del mes de noviembre

ACTIVIDADES:		NOVIEMBRE:							

LA FASE DE CONTACTACIÓN⁸²

Antes de realizar las entrevistas y grupos focales se tiene que proceder a realizar adecuadamente la Fase de contactación, que suele ser llevada a cabo por el equipo de investigación. En nuestro caso, es decir en el estudio ESEVIGUE, esta fase de contacto con los sujetos la vais a realizar vosotros y para ello se os dará un protocolo de presentación así como unas pautas a seguir.

Un aspecto que, a menudo no suele tenerse en cuenta, y por tanto no cuidarse, y que influye tanto en el desarrollo de la entrevista así como en la “espontaneidad” y “naturalidad/ sinceridad” de las personas que van a ser entrevistadas, es la Fase de contacto con los sujetos. El cómo se haya llevado a cabo esta fase puede influir negativamente o positivamente en desarrollo y resultado final de la entrevista. Ello es debido a que desde el primer instante en que el equipo de investigación interactúa con las personas que pretende entrevistar para concertar una cita para la entrevista, se está estableciendo una dinámica o elementos en la interacción entre el entrevistador y entrevistado. Esto se produce a través de la imagen, actitud, conducta e información que el entrevistador ofrece a la persona. Así con toda esta información (formal e informal) el sujeto, a partir y con base a ella, se forja una primera imagen e impresión de la persona que les va a entrevistar, imagen que influirá en su “futuro estar” en la entrevista.

La primera cuestión a saber, es cómo proceder, es decir cómo contactar con las personas que pretendemos entrevistar. En este sentido, existen varios procedimientos que se emplean en función de cómo sea de accesible o no la población a entrevistar. Entre los procedimientos y estrategias más usuales señalamos vía teléfono, correo postal, en persona... En el caso de nuestro estudio emplearemos fundamentalmente la vía telefónica y en el contacto en persona. Una de las recomendaciones que suelen hacerse para que la fase de contactación sea exitosa -es decir alcanzar altas tasas de citas para realizar entrevistas- es adecuarse a la disponibilidad de la persona con la cual va a concertarse una cita para la entrevista. Además, este aspecto es estratégico para ir rompiendo con la situación de asimetría que al principio se establece entre el entrevistador y entrevistado.

⁸² Documento elaborado por Carmen Rodríguez en el marco de la plataforma.

[1] Repasamos una cuestión, que ya debe de haber quedado clara, y que por tanto para nosotros es ya una obviedad: es necesario que haya dos actores, como mínimo, para que se produzca “la interacción social de la entrevista”; un entrevistador/a (persona que modera y conduce la entrevista) y un entrevistado/a (persona a la que se le va a realizar la entrevista).

[2] En el caso de la contactación personal debéis de recordar lo importante que es llevar una vestimenta adecuada a la situación socioeconómica de la persona que se va a entrevistar. Acordaros de cuando Jesús se presentó con una especie de ministro para ir a entrevistar a una curandera!!!

La segunda cuestión, a tener en cuenta, es qué información ofrecemos a la persona con la cual estamos contactando. Para ello existen protocolos de presentación que facilitan esta labor. Fundamentalmente se ofrece información sobre quién eres, para qué llamas y para quién trabajas, sobre el estudio y su finalidad, en qué y cómo necesitas que colabore en el estudio y una breve explicación de la entrevista. En nuestro estudio, emplearemos un protocolo que concreta el contenido que debemos dar. Con respecto a este aspecto es importante tener en cuenta que no puede desvelarse el objetivo de estudio a los sujetos que se van a ser entrevistados, ya que como hemos visto en otras lecciones ello tendría un efecto directo en la deseabilidad social y en la espontaneidad del discurso de la futura entrevista a realizar. Así que tenemos que ser muy conscientes de que desde el primer instante en que contactamos con ellos no podemos hablar ni mencionar las palabras claves que revelan el tema de estudio, que en nuestro caso será la palabra VIH, entre otras. Respecto a este aspecto hay que tener presente que en muchas ocasiones, el equipo de investigación contacta con algunos sujetos a través de la mediación de otra persona. Pues bien, la información que se proporcione a esta persona debe ser la misma que la que se le proporciona a la persona que se va a entrevistar. También hay que ser muy consciente de la actitud que estamos ofreciendo. Por tanto, se dice que hay que tener una actitud amable, cercana, familiar, facilitadora y respetuosa con la persona con la que contactamos.

En líneas generales, la persona que realiza la fase de contactación tiene que saber lidiar con el efecto que produce en la persona el hecho de que una persona que desconoce la llame para pedirle una cita con el objetivo de charlar detenidamente de un tema. Generalmente suele producir desconcierto, miedo, incertidumbres, dudas, reticencias en la persona. Por tanto, la actitud y conducta que muestre el entrevistador será clave para minimizar este efecto. Una vez más se resalta la importancia de ofrecer una actitud amable, cercana, familiar, facilitadora y respetuosa, a la vez que dialogante y dispuesta a responder, sin reservas, todas las preguntas que el futuro entrevistado realice.

LA GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA

Como hemos visto anteriormente, la información que se produce y genera con la aplicación de técnicas cualitativas suele y debe ser registrada en formato audio. En nuestro caso, en el estudio ESEVIGUE registraremos la información generada en las entrevistas y grupos a través de una grabadora digital. En este sentido, volvemos a insistir en la importancia de este aspecto, pues si la información no es registrada correctamente - aunque hayamos realizado la entrevista-, a efectos de validez científica es como no haberla realizado. Dos son los aspectos relacionados con el registro de la información que son importantes resaltar en el documento: 1. Consentimiento para usar la grabadora. 2. El uso de la grabadora durante la entrevista.

En cuanto a la primera cuestión, solicitar el consentimiento al entrevistado/a para registrar la información que se genera durante la entrevista, hay que saber que no es una cuestión banal, trivial sino esencial y obligatoria, pues si no se solicita estaríamos vulnerando la ética en nuestra labor de investigadores y el derecho del entrevistado a ser informado y a decidir. Por tanto, hay que dedicarle un tiempo al inicio del encuentro entre el entrevistado y entrevistador. Generalmente se solicita el permiso para registrar la información al final del Protocolo de presentación, antes de que el entrevistador inicie estrictamente con el Guión de tema. Como usualmente este aspecto suele incomodar a la persona que se va a entrevistar, el entrevistador debe de proporcionarle la información necesaria respecto al uso y empleo de la información grabada para tranquilizar y ganar la confianza. De modo que una vez que se obtiene el consentimiento se procede a la grabación de la misma

En cuanto a la segunda cuestión, el registro de la información, es muy importante conocer y utilizar correctamente la grabadora para que los datos no se pierdan. De modo que es aconsejable que antes de realizar la entrevista se revise el funcionamiento del aparato así como la batería del mismo. Además se recomienda emplear dos grabadoras por entrevista, colocadas en posiciones diferentes. Para que la entrevista sea grabada con una audición de calidad, es importante tener en cuenta el lugar donde se coloca el aparato. Por tanto, hay que colocar el aparato en un lugar cercano a la persona que va a ser entrevistada con el objetivo de que su discurso sea registrado con la mejor calidad de audición posible.

PAUTAS PARA MANEJAR NUESTRA GRABADORA

1. **Revisar si las pilas están bien colocadas y cargadas.**
2. **Encender la grabadora:** Pulsa en el botón central durante unos segundos, seguidamente verás como la pantalla se enciende y te saluda: “Hello”.
3. **Poner en hora:** Luego aparece en la pantalla Clock (reloj) y en la pantalla aparece el segundero, minuterero y horario. Bien lo ponéis en hora, para aceptar dais como siempre al botón central.

En la siguiente pantalla, aparece lo siguiente: 12 horas. Bien, tenéis que ponerlo en 24 horas dándole a la indicación de las flechitas que están hacia la derecha fuera del botón central. Le dais al botón central cuando esté situado en 24 horas.

Lo siguiente que aparece es la pantalla general. Ahora tenéis que darle al botón negro situado en lado derecho que tiene un círculo rojo. Una vez que le habéis pulsado se enciende una luz roja arriba que indica REC (grabando) y en la pantalla aparece LA CAPERTA DONDE ESTÁIS A (es decir donde van a quedar registradas las entrevistas), el número de entrevista que será grabada y REC. Abajo aparece el reloj para controlar el tiempo, que deberá estar todo en ceros y empieza a grabar. Ya está lista.

Para pausar la grabación dais al mismo botón, pero para dejar de grabar definitivamente al botón que está abajo.

LABORES DE CAPTACIÓN

Debes de buscar en los registros de los dispositivos sanitarios de la medicina moderna y recabar la información para rellenar las fichas de los siguientes grupos:

1. **POBLACIÓN DIAGNÓSTICADA ANTES O DURANTE EL 2008.** En total tienes que seleccionar veinte personas de los registros, diez personas del registro del primer dispositivo y diez del segundo. Todas ellas deben de haber sido diagnosticadas antes del 2009, es decir con el antiguo protocolo de actuación del diagnóstico de VIH. Estas veinte personas deben de reunir una serie de características:

Según sexo:

- 5 mujeres diagnosticada y 5 hombres diagnosticados en primer dispositivo.
- 5 mujeres diagnosticadas y 5 hombres diagnosticado en segundo dispositivo.

Según edad:

- De las cinco mujeres diagnosticadas del primer debes elegir:
 - 2 mujeres con edad entre 18 años y 25 años.
 - 2 mujeres con edad entre 26 años y 40 años
 - 1 mujeres con una edad entre 40 años y 60 años.
- De los cinco hombres diagnosticados del primer debes elegir:
 - 2 hombres con edad entre 18 a 25 años.
 - 2 hombres con edad entre 26 y 40 años.
 - 1 hombre con edad entre 40 años y 60 años.
- De las cinco mujeres diagnosticadas del segundo debes elegir:
 - 2 mujeres con edad entre 18 años y 25 años.
 - 2 mujeres con edad entre 26 años y 40 años.
 - 1 mujeres con una edad entre 40 años y 60 años.
- De los cinco hombres diagnosticados del segundo debes elegir:
 - 2 hombres con edad entre 18 a 25 años.
 - 2 hombres con edad entre 26 y 40 años.
 - 1 hombre con edad entre 40 años y 60 años.

Según el Nivel Educativo: De las mujeres debes seleccionar al menos tres mujeres que tengan estudios universitarios, tres que tengan Bachiller y primaria y el resto sin estudios. Con los hombres debes de hacer igual.

2. **“POBLACION DIAGNOSTICADA DURANTE EL 2009”**: En total debes de seleccionar en los registros de los dispositivos en el que se ha implementado el nuevo protocolo de actuación 10 personas. De ellas cinco mujeres y cinco hombres.

De las cinco mujeres:

- 2 mujeres con edad entre 18 años y 25 años.
- 2 mujeres con edad entre 26 años y 40 años.
- 1 mujeres con una edad entre 40 años y 60 años.

De estas cinco mujeres, selecciona una con estudios universitarios, dos con estudios de bachiller y 2 sin estudios.

De los cinco hombres:

- 2 hombres con edad entre 18 años y 25 años
- 2 hombres con edad entre 26 años y 40 años
- 1 hombre con una edad entre 40 años y 60 años

De estos cinco hombres, selecciona 1 con estudio universitario, dos con estudios de bachiller y 2 sin estudios.

3. **“POBLACIÓN DIAGNÓSTICADA NO SEROPOSITIVA”**. Debes de elegir de los registros de los dispositivos: seis hombres y seis mujeres. Del registro del primero: seis hombres y seis mujeres. Todos ellos que tengan diagnóstico no seropositivo que este haya sido realizado anterior al año 2008.

Respecto a las mujeres: En total selecciona a doce mujeres, seis del primero y seis del segundo. Estas doce mujeres debes de seleccionarla a través del registro de control prenatal y que hayan dado negativo. Es decir todas las mujeres han de haber realizado este control y haber realizado el test y dar negativo.

De las seis mujeres del primer: Debes de seleccionar del registro según la edad

- ☐ 3 mujeres con edad entre 18 años y 25 años.
- ☐ 3 mujeres con edad entre 26 años y 40 años.

De estas seis mujeres debes de seleccionar dos con estudios universitario, dos con estudio, y sin estudio.

De las seis mujeres del segundo: Debes de seleccionar del registro según la edad:

- ☐ 3 mujeres con edad entre 18 años y 25 años.
- ☐ 3 mujeres con edad entre 26 años y 40 años.

De estas seis mujeres debes de seleccionar dos con estudios universitario, dos con estudio, y sin estudio.

Respecto a los hombres: En total debes seleccionar doce hombres, seis del segundo y seis del primero. Todos estos hombres deben de haberse realizado el diagnóstico antes del 2008 y haber sido negativo.

En cuanto a la edad estos hombres deben seleccionarse:

- ☐ 6 hombres con edades entre 18 y 25 años, tres del primero y tres del segundo.
- ☐ 6 hombres con edades entre 26 y 40 años, 3 del primero y 3 del segundo.

Además tienes que tener en cuenta el motivo por el cual demandaron el diagnóstico y seleccionarlos de tal modo que representen las diferentes opciones.

En cuanto al nivel educativo debes de elegir:

- ☐ 4 hombres universitarios.
- ☐ 4 hombres de estudios medios, bachiller.
- ☐ 4 hombres sin estudios.

GUIÓN DE TEMA PARA MODERAR LA ENTREVISTA CON EL RESPONSABLE DE ASOMETRAGE

PROTOCOLO DE PRESENTACIÓN

- Hola, buenos días. Mi nombre es..... y mi compañera se llama y nosotros trabajamos para el Instituto de Salud Carlos III de España que apoya al CRCE de Guinea Ecuatorial.
- Como previamente hemos hablado por teléfono nos gustaría mantener una conversación con usted sobre la Medicina Tradicional en Guinea Ecuatorial y otros aspectos culturales vinculados con la misma ya que estamos realizando un estudio para conocerla. Y como usted es el responsable del ASOMETRAGE en la parte continental del país sería muy enriquecedor poder mantener una entrevista por la experiencia y el conocimiento que usted tiene.
- Brevemente te explicamos en qué va a consistir la entrevista. Nosotros vamos hacerle una serie de preguntas sobre el origen, significado y enfermedades que trata la medicina tradicional. A nosotros nos interesa conocer la medicina tradicional en GE, por lo que ni vamos a valorar ni juzgar lo que nos cuentes. La entrevista durará alrededor de 60 mn y vamos a utilizar una grabadora, si usted nos da su consentimiento, para registrar la información, pues es muy difícil poder estar atentos a la conversación e ir anotando, a la vez, en papel lo que cuentas.
- Si no tiene ninguna duda y si le parece bien podríamos iniciar la entrevista. También decirle que si no entiende algunas de las preguntas no dude en decirme que le aclare las cuestiones.

[DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- Si no le importa, ¿nos podría decir su nombre, su pueblo, su etnia, su tribu, si es casado y la religión?
¿Cuanto tiempo lleva ostentado este cargo? ¿Cuál es el trabajo que desempeña?

[DATOS SOBRE LA ASOCIACIÓN:

- ¿Cuándo se constituyó la asociación? ¿Qué labor hace? ¿Tenéis registro del número de curanderías que hay en Bata? ¿Tenéis seguimiento y evaluación sobre las curanderías y los curanderos? ¿Qué distingue a un buen curandero de un mal curandero? ¿Como se adquiere el conocimiento?

[MEDICINA TRADICIONAL:

- Sabría contarnos, ¿cómo nació la medicina tradicional?; ¿qué entiende usted por medicina tradicional?; ¿cómo llega a Guinea?
- ¿En qué consiste la medicina tradicional? ¿cómo entiende la salud la medicina tradicional? ¿y la enfermedad? ¿Cuáles son las razones que causan la enfermedad en las personas y la salud? ¿cómo cura la medicina tradicional? ¿puede curar todas las enfermedades?
- ¿Qué relación guarda la medicina tradicional con las religiones? ¿con alguna en particular... animista? ; ¿Y... con la católica?, ¿es compatible o incompatible con las religiones?
- ¿Todos podemos acceder a la medicina tradicional o es para determinadas personas?
- ¿Qué relación guarda la medicina tradicional con la convencional? ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias en la visión de la salud y de la enfermedad? ¿son compatibles las dos medicinas? ¿Por qué y en qué sí y en qué no? ¿Cree usted que se podrían trabajar conjuntamente ambas medicinas? ¿en qué? ¿qué aportarían ambas?

PERCEPCIÓN SOBRE EL VIH Y SIDA:

- ¿Qué sabe la medicina tradicional sobre lo que llaman VIH o sida ? ¿Cómo puede identificar la medicina tradicional que una persona tiene VIH o sida? ¿Cuál es el origen del VIH o sida para la medicina tradicional? ¿Cómo trata la medicina tradicional el VIH y sida ? ¿Se puede curar esa persona?
- ¿Quién cree que padece más VIH o sida las mujeres o los hombres? ¿Cómo lo contraen?
- ¿Qué debe de hacer la medicina tradicional o que puede hacer la medicina tradicional para prevenir que las personas sigan contrayendo el VIH ?
- ¿Qué se podría hacer desde la medicina convencional? ¿Se podría trabajar conjuntamente ¿ cómo? ¿qué cosas concretas se pueden hacer?

DESPEDIDA Y CIERRE:

Muchas gracias por el tiempo dedicado y por las explicaciones, antes de terminar ¿quiere preguntarnos alguna cuestión o hablarnos sobre algún aspecto que no le hayamos preguntado nada?

GUIÓN DE TEMA PARA MODERAR EL GRUPO CON ADOLESCENTES

PROTOCOLO DE INICIO

1. Iniciar el grupo con vuestra presentación (intenta desvincularte del tema del VIH y sida y del sector sanitario). Dí sobre cooperación española o no menciones dónde trabajas.
2. Explicar en que va a consistir la sesión (será una conversación en grupo en la que se trata de que contéis vuestras experiencias y opiniones respecto a temas relacionados con la MUJER). Se trata de que respondáis tranquilamente y con confianza sobre preguntas que os voy a realizar. Ninguna opinión es más válida que otra. Todas son igualmente ricas.
3. La información que se recabe aquí será utilizada para un estudio. El objetivo de ello es mejorar determinados aspectos de la mujer. La información será tratada de forma confidencial y anónima nunca a nivel personal.
4. Por comodidad vamos a grabar las entrevistas, con el objetivo de que pueda estar tranquilamente moderado y escuchando la conversación.
5. Si os parece bien iniciamos la conversación para ello apuntar en el papel cual es vuestro nombre para que yo pueda ir conociendo y refiriéndome a vosotros por vuestro nombre.
6. Así que ir anotando vuestro nombre en el papel y empezar a presentaros diciendo: Nombre, edad, curso que tenéis, si estáis casadas o tenéis amiguitos, si tenéis hijos, que os gustaría ser de mayores (Aquí estar pendiente de quienes dicen tener amiguito, quizá al principio os mientan debéis de tratarlo con la máxima naturalidad).

TEMAS A PREGUNTAR:

- En vuestro tiempo libre ¿qué hacéis?, ¿dónde vais?, ¿con quien salís? [*Explorar los lugares de encuentro social entre jóvenes y donde van con los amiguitos*]
- ¿Os gusta la música?, ¿qué tipo de música?, ¿escucháis la radio?, ¿qué emisoras?, ¿y la tele, qué canales?
- ¿Cuáles son las cosas importantes en vuestras vidas?, ¿cuáles son las cosas que más os preocupan? De mayores ¿cómo os imagináis vuestras vidas?
- En cuanto a la educación sexual o sexualidad ¿dónde recibís la información?, ¿con quién lo habláis?, ¿estáis bien o mal informadas? Indagar el uso del condón y la planificación familiar. ¿Os preocupa quedaros embarazadas?
- ¿Quién preferís que os dé información: papa, mama, profesor, amigo experto, médico, cura, hermano? ¿Dónde preferís?: en la escuela, en la radio, en la tele, por escrito, en la casa de una amiga, en el paseo marítimo cuando estáis con los amigos/as....

- ¿Por qué no utilizáis condón? *[Es una pregunta trampa, damos por hecho que ya han tenido su primera relación sexual] A partir de aquí tenéis que explorar quién ha tenido relaciones sexuales y quién utiliza y no utiliza el condón. Las razones del porqué no utilizan condón.*
- ¿Os preocupa quedaros embarazadas? De las que no utilizáis condón señalar de la siguiente lista cual es la razón principal (una sola razón) por la que no utilizáis:
 - porque me quita placer.
 - por desconocimiento, por vergüenza, por que a mi chico no le gusta.
 - porque es caro y no sé donde comprarlo.
 - Otras razones.
- ¿Os preocupa quedaros embarazadas? ¿Quién no ha visto un condón alguna vez?, ¿quién os ha hablado de ello?, ¿sabéis donde comprarlo? y ¿conocéis lo condones femeninos?
- ¿Qué es la salud para vosotras?, ¿de qué depende tener una buena salud? ¿Qué hacéis para tener buena salud? , ¿la salud de los hombres y de las mujeres es igual o diferente?, ¿quién enferma más o menos las mujeres o los hombres ? ¿ Por qué?
- ¿Cómo es vuestra salud? ¿Qué os preocupa de vuestra salud? ¿Cuándo estáis enfermas a dónde acudís? (hospital, medicina tradicional, centro de salud...) ¿Quién os acompaña?
- ¿Qué hacéis para evitar el VIH? ¿Pensáis que podéis tener VIH? ¿Por qué? ¿Sabéis como podéis saberlo?, ¿A dónde tenéis que ir?
- ¿Qué es el Vih? ¿ Y el sida? ¿Cómo se puede prevenir? ¿Es lo mismo VIH y sida? ¿El VIH es igual que otras enfermedades crónicas? ¿Por qué? ¿Es una enfermedad de mala suerte? El VIH ¿se trata en el hospital o en las curanderías?
- Si tuvieseis el VIH ¿a quién se lo contarías? ¿cómo crees que reaccionarían las personas al decirlo?
- ¿Conocéis a alguien que tiene VIH? ¿Y sida? ¿Qué síntomas tiene? ¿En qué se le nota? ¿Qué pensáis sobre esa persona? ¿Qué piensa la sociedad, la gente sobre el VIH?, ¿Ven igual el VIH a otras enfermedades cualesquiera?, ¿Por qué?
- ¿Dónde os gustaría ir a haceros las pruebas del VIH? ¿Quién os gustaría que os dé información sobre el VIH y el sida? ¿Quién preferís?

ANEXO IV: CREDENCIAL PARA EL ESTUDIO DE CASO



REPÚBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
MINISTERIO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL

EL SECRETARIO GENERAL

Núm. 09-2429-150

Ref. _____

Secc. _____

C R E D E N C I A L:

Que se concede a favor del Personal del Proyecto Centro de Referencia para el Control de Endemias que se relaciona: **Doña Carmen RODRIGUEZ REINADO**, Consultora; **Don Jesús NZANG ESONO**, Asistente Técnico en Consejería; **Doña Catalina MANGUE**, Asistente Técnico en Diagnóstico y **Doña Secundina AUE PASIO**, Auxiliar; quienes en consenso con este Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, llevaran a cabo la Segunda Fase del Estudio titulado "Evaluación sobre la Eficacia en la Implementación de Estrategias para Mejorar la Accesibilidad y Utilización del Servicio de Diagnóstico del VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial, a desarrollarse del 07 de enero al 30 de marzo de 2010.

Se ruega a las autoridades, civiles y militares y a quiénes pudieran dirigirse, les presten la ayuda y colaboración fuesen necesarias. *α*

Malabo, 28 de diciembre de 2009.
POR UNA GUINEA MEJOR
EL SECRETARIO GENERAL,

ANEXO V: ACTA DE LA PRIMERA REUNIÓN

ACTA DE REUNIONES	
	Acta levantada por: Nombre: CARMEN RODRIGUEZ REINADO Función dentro del proyecto: Asesora Fecha de remisión del acta: 4 /09/2009.
	Acta revisada por: Nombre: Manuel Nzi Nzang Función dentro del proyecto: AT VIH
Persona o institución que convoca la reunión: Programa Nacional de Lucha Contra el Sida del MINSABS en Guinea Ecuatorial.	
Lugar de la reunión: Sala de reuniones, Malabo, MINSABS.	
Fecha de la reunión: 28/08/2009.	
La reunión fue llevada acabo en tres partes: 1. Introducción y contextualización de la situación epidemiológica del VIH/Sida en Guinea Ecuatorial, la cual justifica la realización del estudio, que fue presentado por el Director Nacional del PNLS. 2. Exposición metodológica del estudio así como de la utilidad, objetivos, cronograma, equipo... por la investigadora principal, Carmen Rodríguez. 3. Exposición de los relatos y algunos datos preliminares, de la preevaluación del estudio Esevigue en Bata durante la primera estancia del equipo investigador, que fue presentada por Jesús Nzang. Una vez finalizada las ponencias se abrió un espacio de tiempo para formular preguntas y sugerencias respecto al planteamiento de ESEVIGUE que, aproximadamente duró 60 min. Principalmente participaron Dr. Nemesio Abeso, Dr. Graciano Vicente, Dra. Angela Gaudencio, Dr. Baldé, Doña Angela de Tomasi, Sr. José Sima y Manuel Nzi, los cuales fueron aportando sus valoraciones respecto a determinados aspectos del estudio: - Ambito de estudio: 1. Tener en cuenta el habitat rural del estudio. - Relevancia del estudio - Protocolo del estudio: 1. Incluir en el apartado de introducción del estudio la encuesta CAP y datos de la campaña de test rápido de VIH realizado en Guinea Ecuatorial. 2. Modificar algunos objetivos del estudio. 3. Modificar el título del estudio. Especificar el presupuesto. También participaron puntualmente otros asistentes. Sus intervenciones se ciñeron a reforzar la realización del estudio. Una vez concluida la fase de presentación del proyecto/estudio la reunión fue clausurada por el mismo Director General, el cual recomendó que se incluyan todas las observaciones producidas durante la reunión, así mismo hizo un llamamiento a todos los implicados sobre la necesidad de implicarse para la realización del estudio, teniendo en cuenta la prioridad del estudio a nivel técnico y político.	
Comentarios finales/Conclusiones: En líneas generales, se valora la pertinencia y necesidad de realizar el estudio ESEVIGUE, pues ante el hecho de que 3/4 de la población guineana desconoce su estado serológico en un contexto de epidemia generalizada del VIH/Sida justifica la relevancia de realizar el estudio, dado que el conocimiento que se generará será muy útil para mejorar la eficacia en la accesibilidad y extensión de las pruebas diagnósticas. En cuanto al contenido y diseño del protocolo de ESEVIGUE, se mencionó que si éste ha de pasar por la Comisión Técnica del MINSAB hay que incluir algunas de las sugerencias propuestas surgidas en el desarrollo de la reunión así como adaptar el diseño del protocolo a los standares establecidos por al Comisión. Por otro lado se hizo hincapié en la importancia de incluir y explicitar el presupuesto del estudio/proyecto dado que permitirá que otros socios puedan apoyar la realización del estudio, además de ser un requerimiento indispensable para ser apto en el Consejo Técnico de Programas y Servicios del MINSABS. Y por último también se concluyó en la necesidad de implicar al PNLS dentro del equipo técnico del proyecto. Es importante la implicación del personal del PNLS dentro del equipo técnico del estudio. Incluir el presupuesto del estudio/proyecto, que permitirá que otros socios puedan apoyar para la realización del estudio, además de su exigencia para su presentación en el Consejo Técnico de Programas y Servicios del MINSABS.	

ANEXO VI: COMPOSICIÓN DEL MUESTREO

Tabla 3. Composición de la muestra

Informantes		Sin diagnosticar	Con diagnóstico			Total
			Abandono	2004	2009	
Sexo	Mujer	26	5	5	5	82
	Varón	26	5	5	5	
Nivel educativo	Bajo (Educación primaria y secundaria)	31	4	6	5	82
	Medio (Educación terciaria o módulo profesional)	12	5	4	5	
	Alto (Diplomado y Licenciado)	9	1	—	—	
Hábitat	Urbano	26	10	10	10	82
	Rural	26				
Edad	20-30 años	4	1	—	4	82
	30-40 años	30	4	5	2	
	40-50 años	13	3	4	4	
	50-60 años	5	2	1	1	
Tipo de medicina	Moderna	56	10	10	10	82
	Tradicional	26	—	—	—	

ANEXO VII: FICHA TÉCNICA PARA EL CONTROL DE CALIDAD

Las pautas que han de seguirse en la transcripción son las siguientes:

1. La transcripción debe ser lo más literal posible.
2. Cuando haya partes de la entrevistas en que la persona entrevistada expresa emociones que difícilmente pueden transmitirse en transcripción escrito señalar los fragmentos en la parte de la transcripción. Ejemplo, indicar si el entrevistado se pone nervioso o sube el tono de voz, etc. Si se identifican sonidos que se repiten y que expresan comunicar a Carmen Rodríguez para contrastar y desvelar su significado.
3. Se indican los símbolos para expresar las siguientes emociones:

[]: Silencio. Dependiendo de la duración del silencio se pondrá un corchete o más.

◁▷: Risa. Dependiendo de la duración de la risa se pondrá un corchete o más.

⌘: Ruidos con la garganta. Significa estar de acuerdo.
4. Cada 25 mn indicar el tiempo en la transcripción.
5. Debe rellenarse la siguiente información al inicio de la transcripción:

Segmento de población:

Perfil de población:

Sexo:

Fecha de la realización de la entrevista: Febrero del 2008.

Lugar de realización: Aula del instituto. Cuenca.

Entrevistador/a: Carmen Rodríguez Reinado

Entrevistado/a: Jesús Oérex

Duración de la entrevista:

Observaciones del desarrollo de la entrevista

Dificultades en la transcripción:

6. Ha de seguirse el siguiente FORMATO:

Entrevistadora: Escuchar música, mmmmmm, Rocío.

ROCIO: *Yo hago lo que quiero, no es que tenga más horas para hacer, no doy a más.*

Entrevistadora: ¿Y hay alguna cosa que te gustaría hacer y que no haces?

ROCIO: *Ir un poco más a mi pueblo entre semana, pero () me paso allí el verano y los fines de semana así que tampoco me puedo quejar (Minuto: 7)*

Entrevistadora: ¿Y por qué te gusta tanto ir a tu pueblo?

Tamaño de letra: 12

Tipo de letra: Times New Roman

Texto: justificado

Interlineado: 1,5

!!!MUCHAS GRACIAS!!!

ANEXO VIII: FICHAS DE RECLUTAMIENTO

- **Centro de salud del Registro:** 1. Primer 2. Segundo 3. Tercer

- **Fecha del diagnóstico:**

Día: _____

Año: _____

Mes: _____

- **Resultado del diagnóstico:** 1. Positivo 2. Negativo

- **Sexo:** 1. Varón 2. Mujer

- **Edad:** _____

- **Teléfono:** _____

- **Dirección en la que vive:** _____

- **Nivel de ingreso al mes:** _____

- **Nivel educativo:** _____

- **¿Está dispuesto a ser entrevistado?** 1. Sí 2. No

- **Día y hora de la entrevista:** _____

- **Lugar de la entrevista:**

1. En su casa _____

2. En el Centro de salud _____

3. En la antigua oficina _____

ANEXO IX: PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO



