

**Working to Empower
ABC Campaña en Uganda
Por Sarah Azia**

Introducción

En Septiembre del 2000, una histórica decisión fue tomada en la Cumbre del Milenio para disminuir la pobreza en el mundo para el año 2015 a través de los objetivos de desarrollo del milenio. Uno de los MDGSs (Siglas en Inglés que quieren decir objetivos de desarrollo del Milenio) fue combatir el VIH y SIDA, Malaria y otras enfermedades, en general mejorar la salud de la población de los países en vía de desarrollo.

Salud en los Países en vías de desarrollo.

No solo la pobreza excluye la gente de los beneficios de los sistemas de cuidado de la salud, esto también actúa como una restricción evitando que la gente participe en la toma de decisiones que afecte su salud. (Macfarlane y otros autores, 2000). “Mucha gente muere de hambre o enfermedades debido a la pobre cobertura y falta de Centros de Salud sin poder comunicar sus necesidades” (Macfarlane et al, 2000). Uno de los problemas de fondo que esta asociado con pobreza es que las necesidades de la gente nunca son escuchadas. Gente con pocos recursos son asumidas como incapaces de ayudarse a sí mismos y muy a menudo indicadores de clase sociales son impuestas en el mundo en vía de desarrollo para así comprender la situación local. La más grande barrera para que los pobladores tengan buena salud y trabajen por si mismos fuera de la pobreza esta relacionada con el sentimiento de inferioridad. (Macfarlane y otros autores, 2000). El Banco Mundial “Consultando con los pobres” concluyo que era importante “reconocer la realidad de la gente pobre e invertir directamente en sus capacidades organizacionales” (Macfarlane et al, 2000:842). Para que la Salud mejore en los países en vía de desarrollo debe ser reformulado una estructura en la cual pobladores debidamente organizados y comunidades activas estén en el centro como iniciadores y gerentes de su propia salud. (Macfarlane et al, 2000). La propuesta de UGANDA ABC fue de alguna manera lograr ese tipo de éxito descrito más adelante en este documento.

Relación entre VIH y SIDA y Pobreza.

VIH y SIDA congenia con muchas maneras de pobreza (Whiteside, 2002:320).Costos relacionados con medicinas, cuidado y tratamiento además de eventualmente gastos funerarios son puestos a cargo del propietario de la casa. El impacto del VHS/SIDA es de largo alcance. “Este es la mayor traba para el desarrollo, crecimiento económico y aliviación de la pobreza en gran parte de África” (Whiteside, 2002:313). El VIH/SIDA actúa como una significativa barrera para llegar al desarrollo programado para 2015 en África” (Smith, 2004:63). Las poblaciones más pobres tienen el más alto rango de VIH/SIDA y son propensos a sufrir de enfermedades pues ellos carecen de recursos para lidiar con ellas

Los efectos de las enfermedades y muertes pueden hundir a los sobrevivientes aun más profundamente en la pobreza. Gente pobre son mas vulnerables al VIH/SIDA debido a la pobre educación, la falta de voz política, poco acceso a recursos productivos y cuidado de la salud, y puede tomar parte en actividades económicas como prostitucion o conductor de camiones, los cuales los hacen mas vulnerables a la infección con una alta posibilidad de ser

expuestos al Virus.”(Kürschner, 2001:6). Gente pobre son también propensos al Virus debido a la malnutrición, probable infección por otra enfermedad de transmisión sexual o mal estado de salud en general

“VIH/SIDA no es solo una consecuencia, es también una causa de la pobreza y de la extrema pobreza “(Kürschner, 2001:7). VIH/ SIDA pueden tener dramáticos efectos en la habilidades de una persona para ganar ingresos y mas aún para trabajar por ellos mismos fuera de la pobreza. En sí...“Cuando los individuos son infectados, una cadena de impactos en su hogar siguen” las cuales generalmente son negativas (Smith, 2004:63-70). VIH/SIDA es un obstáculo significativo que debe ser tomado en cuenta para que la pobreza rural sea reducida para el año 2015.

¿Cual es la propuesta de La Campaña ABC?

ABC de Cambio de Comportamiento sexual

A = Abstinencia o retraso de actividad sexual

B = Ser fiel (incluyendo la reducción de parejas ocasionales evitando parejas de alto riesgo)

C = Uso del condón.

(Shelton et al, 2004:891)

El objetivo de la campaña ABC es reducir el número de personas infectadas por VIH y mejorar el cuidado para aquellos que ya la han contraído. La forma mas efectiva de prevenir el incremento de casos de VIH/SIDA, en áreas donde la epidemia es mayormente manejada por transmisión heterosexual es alterar el comportamiento sexual de la gente. El acercamiento del ABC es un “estrategia de tres comportamientos promovidos para reducir la transmisión sexual’ (Schoepf, 2003:554). La política A establecida para la abstinencia o retraso de actividad sexual. La política B establece el ser fiel lo cual incluye reducción del número de parejas y así evita las parejas de alto riesgo. La política C establece el uso del condón, especialmente con los grupos de alto riesgo. Se espera que el enfoque del ABC prevenga más gente de caer en la pobreza.

PROPUESTA DE ABC EN UGANDA

La campaña de ABC en Uganda obtuvo un amplio reconocimiento por su exitosa reducción del predominio del VIH. Sus éxitos “han sido virtualmente sinónimos de la propuesta del ABC” (Cohen, 2003:1). El predominio nacional del VIH disminuyó de ‘21.1% a 9.8% en el periodo de 1991-98. El factor mas importante en su caída es un decrecimiento en parejas no regulares en 65%, 1989-95, y una **contracción** en redes sexuales (Disminuyo en general actividad sexual e incremento el uso del condón’ (Low-Beer y Stoneburner, 2004:2). Mucha gente sugiere que el único éxito de Uganda puede ser atribuido a sus métodos preventivos y su éxito de cambiar el comportamiento de las personas. ‘Cambios incluyen retraso de iniciación sexual entre los jóvenes, reducción en número de parejas, aumento de fidelidad en el matrimonio y uso del condón en lo que esta definido como encuentros de alto riesgo” (Schoepf, 2003:553). El presidente Museveni y el NRM fueron abiertos acerca del SIDA y tomaron una activa opinión en combatir esta enfermedad

tempranamente en la epidemia. “Esta franqueza ejemplar creó un contexto que permitía el cambio, la discusión, el diálogo y la acción” (Schoepf, 2003:554).

Antes que alguien pueda verdaderamente comprender las razones del éxito de Uganda en reducir el predominio nacional de VIH es importante explicar las aceptaciones subyacentes acerca de la pobreza rural en Uganda, lo cual está asociado con la campaña ABC. Museveni tomó una propuesta diferente de muchas políticas internacionales y programas realizados para hacer frente al VIH/SIDA epidemia. En vez de enfocarse aisladamente en cómo prevenir el VIH lo cual en términos técnicos significa (incremento de seguimiento, tratamiento de ETS, incremento de la provisión de medicamentos, etc.), él decidió tomar un enfoque más directo en tratar de alterar el comportamiento sexual de las personas y la comunicación acerca del SIDA.

EVALUACION CRÍTICA DE LA CAMPAÑA ABC

Una suposición subyacente fue hecha cuando Uganda desarrolló su programa de SIDA. Como fue mencionado anteriormente en este papel, VIH/ SIDA “no es solo una consecuencia, sino también una causa de pobreza y una causa de pobreza extrema” (Kürschner, 2001:7). Por lo tanto para aliviar la pobreza rural, deben ser tomadas medidas para reducir el número de personas prontas a ser infectadas con VIH/SIDA y se debe proveer un mayor cuidado para aquellos que ya son VIH positivo. Uganda fue el primer país del mundo en desarrollar un “programa dedicado al Sida” (Parkhurst, 2005:578). Entró poco después del presidente Museveni y el NRM vino accionar en 1986.

La campaña de Uganda fue catalogada sobre una propuesta diferente y única para enfrentar la situación de VIH/SIDA. Uganda fue el primer país en África en identificar el SIDA en 1982. Para mediados de 1980, ‘Uganda tiene uno de los mayores presencias de VIH en el mundo’ (Parkhurst, 2005:574). Para 1990, Uganda fue conocido como uno de los países más golpeados por esta enfermedad en el planeta. Uganda era un país muy pobre y fue profundamente débil durante décadas de trastorno político. Su alta población tiene sistemas de educación y salud limitados, baja esperanza de vida y alto nivel de analfabetismo. (Allen and Heald, 2004). Sin embargo, sin importar la extendida naturaleza de la enfermedad, y la poca presencia de centros de salud, la presencia del VIH comenzó a disminuir durante los 1990. ‘En un sitio rural, Masaka, la incidencia cayó de 7.6 por ciento en 1990 a 3.2 por ciento en 1998’ (Mbulaiteye y otros autores., 2002 afirmado in Green y otros autores, 2006:336).

¿Se puede atribuir la dramática declinación del predominio del VIH en Uganda a la campaña ABC? ¿La campaña hubiera sido acertada si hubiera faltado hacia una de las piezas?; ¿A, B o C? Esta parte del documento busca responder estas preguntas para ganar una más profunda comprensión de la campaña ABC.

La pobreza rural carece frecuentemente de voz política, lo cual actúa como una barrera para mejorar su posición en la sociedad. Una política que el Presidente y el NRM han propuesto es una manera “empoderar mujeres y jóvenes dándoles más voz, incluyendo en el parlamento donde por ley las mujeres componen un tercio de los miembros... organizaciones de las mujeres de los pueblos ha luchado para autorizar a mujeres socialmente, económicamente y legalmente. Sus campañas han dado lugar a las reformas legales pertinentes a la lucha contra SIDA, incluyendo la consolidación de las leyes de la violación y

de igualdad de género y leyes de derechos de gobierno pertinentes para mujeres” (Green et al, 2006:339).

Como podemos ver en mas detalles, después en este ensayo, los jóvenes- mujeres en particular- son los mas vulnerables al VIH/SIDA. VIH continuara infectando y afectando la gente mas pobre, mientras que ellos no estén empoderados. El empoderamiento de jóvenes y particularmente mujeres, debe directamente disminuir el riesgo de contraer VIH y reducir problemas asociados con pobreza y enfermedades. En este ejemplo una causa subyacente de pobreza- falta de voz política – fue directamente relacionada con la política de empoderamiento.

Uganda tiene una de las más viejas epidemias de SIDA en el mundo. “Esto fue muy importante, porque la gente ya sabia que esta enfermedad” localmente referida como SLIM causaba muertes, esto fue antes que ellos sean diagnosticados de tener VIH/ SIDA en 1982-83” (Allen y Heald, 2004:1148). Esto significó que para el momento en que un programa nacional para VIH/SIDA estuviera en marcha antes de 1987-88, la gente estaba enterada de la seriedad de la enfermedad. Consecuentemente, los pobladores de Uganda tomaron atención en la campaña. Ellos estaban asustados de la idea que el VIH/SIDA exacerbaría desigualdades dentro del país y haría los sectores más pobres de la sociedad incluso más pobres.

La campaña ABC estaba acostumbrada a tratar de reducir el impacto negativo de VIH/ SIDA en la población de Uganda. Botswana uso métodos similares para disminuir la propagación de VIH/ SIDA, pero no tuvo éxito. Algunas personas atribuyeron esta falta al hecho que su campaña empezó muy temprano, antes que la gente haya sido afectada por VIH/ SIDA (Allen y Heald, 2004).

Algunos autores, como Parkhurst, preguntan si fue la campaña de Uganda la que abrió el camino a la reducción del predominio del VIH o si eso era debido a la alta tasa de muerte (2002). La epidemia de VIH/ SIDA en Uganda es mas antigua que en otros países, entonces ¿es que la reducción en la prevalencia nacional ocurrió debido a la alta mortalidad o debido a las políticas de Uganda? Green y otros argumentaron que “la caída del predominio del VIH en UGANDA fue improbablemente causada por una “muerte natural del síndrome porque hubo un declinación significativa entre la gente joven que “no puede ser explicado por la mortalidad del SIDA, el cómo poca gente menores de 20 mueren de SIDA” (2006:337). La dramática declinación del VIH / SIDA debió ser debido a los cambios de comportamiento.

Lemas y mensajes usados en la campaña de Uganda fueron sensibilizantes a la cultura local. Mensajes como “ama fielmente” y “cero roze” fueron usados para alentar gente a ser fiel o al menos reducir el número de parejas sexuales. La simple naturaleza de los mensajes quieren decir que ellos habían entendido de buena gana, aún para pobladores analfabetos de esta grande nación rural” (Green y otros autores, 2006:342). Diferente de Botswana, donde hubo una muy pequeña referencia a los condones en los primeros escenarios de la campaña en Uganda. Dando énfasis en políticas A y B se muestra el Presidente abogando por la campaña, alentando la abstinencia y el ser fiel como siendo lo mas apropiado dentro de Uganda. La campaña ABC de Botswana fue inefectiva por su temprano énfasis en el uso del condón y su cultural mensaje insensible que ofendió los pobladores. A diferencia de Botswana, el Presidente de Uganda, no promovió los condones en los primeros procesos de la campaña porque el creía ellos alentarían un comportamiento ilegal y era contra las enseñanzas religiosas.

Museveni eventualmente acepto que los condones necesitan ser incorporados en la campaña pero esto fue mucho después, durante mediados de 1990. En ese entonces, el gobierno y la sociedad civil fueron mucho mas sensibilizados acerca de los problemas asociados con VIH/ SIDA, como resultado, la aceptación del uso del condón fue aceptado. A pesar de la aceptación y el aliento al uso del condón en la política de Uganda, el presidente Museveni aun mantiene que “el éxito del programa de su gobierno tiene mas que ver con la

promoción de los valores de la familia” (Allen y Heald, 2004) que el aumento del uso del condón. Ciertamente Museveni advirtió que el uso del condón no era una “bala mágica” contra el SIDA. Ha habido mucha discusión en la literatura acerca del papel que los condones juegan en la campaña ABC. Sin embargo, muchos creen que C debe ser incluido en la campaña, muchos autores coinciden en que la abstinencia y el ser fiel juegan el papel más significativo en reducir el predominio del VIH (Low-Beer y Stoneburner, 2004, Shelton y otros autores, 2004 y Cohen, 2003). Esta creencia es repetida porque “cuando los adultos de los países africanos fueron consultados acerca de cual es la respuesta más importante al SIDA, ellos establecieron la disminución del sexo casual y la abstinencia más alto que el uso del condón” (DHS survey data hecho en Low-Beer y Stoneburner, 2004: 5).

¿Si abstinencia y el ser fiel fueron más importantes entonces porque el uso del Condón no fue quitado de la política de Uganda? Como Sinding reconoció, ‘la realidad del SIDA en Sub-Sahariana África- aun recordada por su gran magnitud del SIDA es que el matrimonio (y la ilusión de la fidelidad entre las supuestas parejas de VIH negativo) es incrementalmente vista como un factor de riesgo’ (2005:38). Mujeres monogamas son vulnerables a la infección del VIH debido a su falta de derechos dentro del matrimonio y el poco poder de negociación sobre sexo seguro. Por lo tanto dejar de lado la parte C de la campaña de Uganda sería irresponsable e ingenuo. Esto dejaría millones de mujeres, particularmente jóvenes, a tener poco poder para protegerse ellas contra estragos de la enfermedad. Como es ampliamente conocido, VIH/ SIDA puede enviarlos a la pobreza sin embargo todo significado de protección debe ser disponible para cualquiera. “Cual sea la evidencia de la declinación sugerida acerca de la campaña de VIH, esto no puntualiza la censura y la discriminación como prevenciones efectivas de estrategias... la gente tiene el derecho a conocer acerca de los métodos efectivos de la prevención del VIH, y de ser cuidadosos acerca del riesgo de ser infectados con el VIH, incluyendo en el matrimonio”(Cohen y otros autores, 2005:2076). Los pobladores de las áreas rurales son especialmente vulnerables a los impactos negativos de la enfermedad porque esto los prohíbe de llevar a cabo controles para laborar en agricultura y otros trabajos. Ellos también tienen limitado acceso a puestos de salud. Abogar por las políticas A, B Y C es esencial para reducir el número de personas afectadas con VIH.

ES desafortunado que programa para la prevención VIH/ SIDA fundada por la administración de Bush sea condicional a la adherencia de la política A y B solo con la exclusión de la política C (Walgate, 2004, Das, 2005 y Wakabi, 2006). Considerando que los fondos de USA financian una gran proporción al programa de Sida en Uganda, la administración del Presidente americano tiene una gran influencia sobre sus políticas. El presidente Bush recientemente ha puesto “excesivo peso en abstinencia y discriminación contra cualquier grupo que provea información acerca de aborto” (Walgate, 2004:192). Esto podría posiblemente impactar el éxito de Uganda en el futuro.

La comunicación jugó un importante rol en el éxito de Uganda. El presidente Museveni debe ser acreditado por la mayoría de sus éxitos, el hizo un activo comité para pelear contra el SIDA- desde el comienzo de su regla. El demostró en “interacciones de cara a cara con pobladores de Uganda de todos los niveles, poniendo énfasis que pelear contra el SIDA era una obligación patriótica requiriendo apertura, comunicación y un fuerte liderazgo del pueblo con la casa del estado” (Green et al, 2006:338). Museveni lanzó una campaña de medios agresiva “que incluyó materiales impresos, radio, publicidades y movilización comunal por las bases defensivas contra VIH” (Green y otros autores, 2006:338). Inspirado por el líder del país, la población en general empezó a tomar parte activa en el papel de pelea contra el SIDA y más tarde “canales personales predominaron en la comunicación acerca del SIDA en ambas áreas, rurales y urbanas entre los hombres y mujeres. En Uganda, el 82% de mujeres escucharon acerca del SIDA de los medios de comunicación comparados con 40%-65% en otros países. Las redes personales son también dominantes estaticados por urbanos

(74%) y áreas rurales (84%), y en hombres (70%)' (Low-Beer y Stoneburner, 2004:5). El uso de redes personales fue exitoso en transmitir información acerca de SIDA, porque esto quiere decir que "fuertes organizaciones no gubernamentales (ONG) y comunidades basadas en soportes flexibles, creativos y culturalmente intervenciones apropiadas que ayudaron a facilitar el comportamiento del individuo cambiando así las normas de su comunidad, a pesar de los niveles extremos de pobreza en las casas siguiendo el periodo civil "(Green y otros autores, 2006:339). Low-Beer y Stoneburner escribieron que 'a pesar de los enfoques mas sofisticados, la comunicación básica y el proceso de comportamiento identificada en Uganda puede ser necesaria para la prevención del VIH para ser exitosamente escalado en el nivel de la población" (2004:6).

CONCLUSION

¿Es que la campaña ABC alcanzó sus objetivos de reducir el aumento de VIH y mejorar el cuidado de personas infectadas? El primer objetivo de reducir el aumento de VIH ha sido exitoso. Los tempranos sistemas de seguimientos y compromisos personales hechos por el presidente Museveni y el NRM fueron vitales para combatir el aumento de VIH y SIDA. Programas de comunicación alentando cambio de comportamiento también jugaron un rol significativo en reducir el predominio del VIH y mejorar el cuidado en Uganda.

¿Son las suposiciones subyacentes acerca de la naturaleza y las causas de la pobreza relacionada con los contenidos de la política? Como fue mencionado antes, salud pobre, educación de bajo nivel, falta de voz política, poco acceso a recursos productivos de voz política, y el ser forzado a tomar parte en actividades económicas de alto riesgo son todas causas de la pobreza rural. Hubo muchas relaciones entre el contenido de la política y la naturaleza subyacente y causas de la pobreza rural en la campaña ABC de Uganda. Por ejemplo, para contrarrestar la falta de la voz política, el gobierno de Uganda promueve el empoderamiento en grupos vulnerable- particularmente en gente joven y mujeres jóvenes. El tema de poca salud fue direccionado a alentar gente de todos los niveles sociales a participar en la batalla contra VIH/ SIDA. Las consecuencias directas es que se le dio a la gente el acceso a recursos productivos así como ellos fueron pagados para comunicar acerca de VIH/ SIDA. (Green, 2006). Gente pobre forzada a tomar parte en actividades económicas de riesgo fueron alentados a usar Condomes, reduciendo su exposición a la infección al VIH/ SIDA. En general, las políticas usadas en la campaña ABC de Uganda fue apropiada para el país y ayudo a reducir la pobreza rural, o al menos prevenir que esto sea peor. Sin embargo, seria equivocado asumir que el problema del VIH / SIDA esta resuelto. Recientes políticas americanas han puesto el éxito del programa en peligro financiando proyectos y comunicación acerca de políticas A y B. El desafío de Uganda es tratar de convencer al gobierno de USA de aceptar la política C, ya que es vital para la campaña.

Las lecciones aprendidas en Uganda son significativas, pero esto no debe ser directamente usado como un plan para otros países. La campaña de Uganda fue un éxito porque desarrollo su propio enfoque para hacer frente al SIDA. Un enfoque apropiado a su cultura y país. Otros países deberían desarrollar sus propias políticas teniendo en mente razones del éxito de Uganda.

REFERENCIAS

Allen, T. and Heald, S. (2004) HIV/AIDS policy in Africa: What has worked in Uganda and what has failed in Botswana? **Journal of International Development**, 16: 1141-1154

- Barnett, T. and Parkhurst, J. (2005) HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change. **The Lancet**, 5: 590-593
- Cohen, S.A. (2003) Beyond Slogans: Lessons from Uganda's Experience With ABC and HIV/AIDS. **The Guttmacher Report on Public Policy**. 1-3.
- Cohen, J., Schleifer, R. and Tate, T. (2005) AIDS in Uganda: the human-rights dimension. **The Lancet**, 365: 2075-2076
- Das, P. (2005) Condom crisis in Uganda. **The Lancet**, 5: 601-602
- De Cock, K.M., Mbori-Ngacha, D. and Marum, E. (2002) Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. **The Lancet**, 360: 67-72
- Genius, S.J. and Genius, S.K. (2005) Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. **Postgraduate Medical Journal**, 81: 299-301
- Green, E.C. (2003) New Challenges to the AIDS Prevention Paradigm. *Anthropology News*, 44(6)
- Green, E.C., Halperin, D.T., Nantulya, V. and Hogle, J.A. (2006) Uganda's HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behaviour and the National Response. **AIDS and Behaviour**, 10 (4): 335-346
- Kürschner, E. (2002) The Poverty-HIV/AIDS-Interface: Lessons and Needs in the context of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) – Process with a focus on the African continent. **GTZ**
- Low-Beer, D. and Stoneburner, R. L. (2004) Behaviour and communication change in reducing HIV: is Uganda unique? **CADRE**, 1-14
- Macfarlane, S., Racelis, M. and Muli-Musiime, F. (2000) Public health in developing countries. **The Lancet**, 356: 841-846
- Parkhurst, J.O. (2002) The Ugandan Success Story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. **The Lancet**, 360: 78-80
- Parkhurst, J.O. (2005) The Response to HIV/AIDS and the Construction of National Legitimacy: Lessons from Uganda. **Development and Change**, 36 (3): 571-590
- Poku, N.K. (2002) Poverty, debt and Africa's HIV/AIDS crisis. **International Affairs**, 78 (3): 531-46
- Schoepf, B. G. (2003) Uganda: Lessons for AIDS Control in Africa. **Review of African Political Economy**, 98: 553-572
- Shelton, J.D., Halperin, D.T., Nantulya, V., Potts, M., Gayle, H.D and Holmes, K.K. (2004) Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. **British Medical Journal**, 328: 891-893

Sinding, S.W. (2005) Does 'CNN' (Condoms, Needles and Negotiation) Work Better than 'ABC' (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the AIDS Epidemic? **International Family Planning Perspectives**, 31(1): 38-40

Smith, M.K. (2004) Gender, Poverty and Intergenerational Vulnerability to HIV/AIDS. **Gender and Development**, 10 (3): 63-70

Wakabi, W. (2006) Condoms still contentious in Uganda's struggle over AIDS. **The Lancet**, 367: 1387-1388

Walgate, R. (2004) Bush's AIDS plan criticised for emphasising abstinence and forbidding condoms. **British Medical Journal**, 329: 192

Whiteside, A. (2002) Poverty and HIV/AIDS in Africa. **Third World Quarterly**, 23 (2): 313-332

Traducción al español hecha por Carla Anguielina Morales Cabrera.