

El impacto del sida sobre la demografía y la estructura familiar. El caso de la república democrática del Congo

Jean-Baptiste Kambale Migheri

Director del Centro de Investigación del Instituto Superior Pedagógico de Oicha-Beni. R.D. Congo

Margarita GONZALVO-CIRAC

Profesora. Facultad Medicina y Ciencias de la Salud.

Universidad C. de Murcia.

El sida es una enfermedad infecciosa-contagiosa que se expande rápidamente a través de las poblaciones pobres y vulnerables africanas a pesar de los debates por solucionarla. El objetivo principal de este artículo es desvelar cómo la falta de información y de conocimiento sobre el VIH/SIDA en el Congo - donde hay un elevado número de casos- así como la carencia de ayudas de todo tipo, estarían en la base de esta grave situación. Tras un estudio estadístico descriptivo sobre datos del VIH/SIDA recogidos por la ONU y el cruce con información cualitativa de las zonas sanitarias de Congo; así como de diferentes informes del PNMLS¹, de la ONUSIDA² y de otros organismos; se comprueba la desinformación de la población así como la falta de cuidados a las víctimas y a sus familias.

AIDS is an infectious-contagious disease that it spreads quickly through of the diferents groups of populations -especially poor and vulnerable- despite the recent debates to solve it. The main objective of this article is to reveal how the lack of information about HIV / AIDS at the Congo - the country where there are more number of cases - and the lack of aid of all kinds, would be in the base of the public policies with a clear malthusian perspective . After a descriptive statistical study on HIV/AIDS data of the UN and crossing with qualitative information of the sanitary zones of the Congo; of different reports from PNMLS, UNAIDS and other agencies, disinformation is observed to the population and lack of care for their victims and their families.

¹ Plan Nacional de Lucha contra el Sida en la República Democrática del Congo.

² ONUSIDA lidera el esfuerzo mundial por poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública para 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Introducción

En los años ochenta se dio el nombre SIDA¹ a una enfermedad infecciosa-contagiosa, que se estaba expandiendo rápidamente a través de las poblaciones, sobre todo las más pobres y/o vulnerables (Caldwell, et al. 1989 y Mufune, 1999). Al inicio del siglo XXI, más de 60 millones de personas habían sido infectadas por el virus del VIH/SIDA, de los cuales unos 20 millones habían fallecido por causas directas o indirectas (Smith, 2003).

Los diferentes informes de la ONUSIDA alertan acerca de esta epidemia y su evolución, así como de todas las demás I.S.T.(infecciosas de transmisión sexual). Pero la pandemia del SIDA está aumentando y el continente africano continúa siendo el que tiene más número de contagios (Mufune, 1999).

En distintos organismos públicos se han detectado claros compromisos sobre el VIH/SIDA, promesas de alfabetización y ayudas financieras y políticas con las que se podría haber llegado a una solución. Sin embargo, a día de hoy, la situación no ha cambiado mucho y el número de infectados por SIDA, ha ido en aumento.

La República Democrática del Congo es un país que lucha por salir de un largo ciclo de conflictos armados con millones de víctimas mortales. Esta situación la ha sumergido en una profunda crisis humanitaria. La persistente guerra ha destruido los esfuerzos de desarrollo y ha provocado consecuencias nefastas para la vida de la población; agudizadas por la pobreza endémica, esta crisis ha provocado una mayor vulnerabilidad (Zárate y Gas, 2015) multidimensional y generalizada. La sanidad presenta una clara debilitación del sistema nacional de salud, así como limitación de los recursos familiares de autoprotección (Kibanda, 2018). Una de las situaciones más alarmantes es la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, una enfermedad que además ha tomado el rostro de la pobreza según Wegelin en 2006. En efecto, la infección del VIH está concentrada en las categorías socialmente desfavorecidas. Este fenómeno de la pauperización por el VIH se acentúa más en las zonas rurales, donde además de la pobreza material, se concentra la pobreza intelectual, y socio-cultural.

Respecto al riesgo frente al VIH es preciso destacar que hay un marco social, condicionante desde el punto de vista de los conocimientos (Caldwell, 1989), las actitudes (Loenzien, 2002), algunas prácticas socioculturales y el nivel de la formación intelectual (Gonzalvo-Cirac, 2013). Entre los más afectados, se puede observar que muchos de ellos tienen muy poco conocimiento del tema (DeRose, et al., 2016), con el peor de los controles que pueden darse sobre su sexualidad, caracterizado por un nivel muy elevado de relaciones sexuales no deseadas, o muy condicionadas por el status social. Esta situación de vulnerabilidad y analfabetismo plantea varios desafíos a la salud pública y especialmente a las políticas familiares.

¹ Fue en 1981, en los Estados Unidos, que se descubre por primera vez el SIDA, desde una falsa concepción de la enfermedad hasta detectar que en la base de esta epidemia está un virus (VIH). Cf. Jane OGDEN, *Psychologie de la santé*, De Boeck, Bruxelles, 2008, p. 338. Hay que señalar que la identificación total de esta enfermedad se ha acompañado de mucha controversia, hasta que al final, la propiedad intelectual de su descubrimiento fue compartida entre USA y Francia. En efecto, fue Luc Montagnier (Nobel de medicina en 2008) y sus colaboradores (los del *Institut Pasteur*) quienes observaron por primera vez el efecto citopatógeno del VIH, hazaña científica que les reconocerá el gobierno americano. Para más información : Olivier BOUCHARD et Tidiane NDOUR (Éd.), *Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des paramédicaux*, Paris, Éd. Doin, 2011.

Nuestro objetivo es desvelar cómo la falta de información sobre el VIH/SIDA y de las ayudas de todo tipo podrían estar en la base del aumento del número de personas afectadas por esta enfermedad. Por otra parte, ¿no se habrá convertido este tema en un mecanismo utilizado de un modo natural por determinados agentes sociales, con objeto de desestabilizar a la familia, foco de crecimiento vegetativo natural y esperanza de crecimiento sostenible para el país? Además, estamos ante un problema de proporciones que van más allá de las personas afectadas, alcanzando no sólo al núcleo familiar sino a todo el entorno social.

Fuentes y metodología

La población objeto de estudio es toda la población del Congo tal como aparece estimada por el servicio público del Ministerio de Sanidad a través los principales servicios de las zonas de Sanidad del país donde se dan muchas fuentes, pero pocos datos objetivos y publicados.

Las características sociales de esta enfermedad son (Kamanzi, 2004):

- 1º. Muchos de los infectados no saben que son portadores del virus.
- 2º. Muchas personas no saben qué es esta enfermedad. No están informadas, no saben de sus modos de contaminación o es insuficiente; falta prevención y protección.
- 3º. En el ambiente social hay una tendencia a transmitir un mensaje discriminatorio que favorece la invisibilidad del problema.
- 4º. La pobreza individual y la del país, agudizan la situación, ya que muy pocas personas tienen acceso a los tratamientos de los nuevos antibióticos.

La metodología descriptiva presenta un aumento creciente del porcentaje de mortalidad; disminución de la esperanza de vida y de la fertilidad; aumento del índice de dependencia (hay más enfermos que cuidar) así como del número de huérfanos del SIDA y de otras víctimas indirectas de esta epidemia.

Desde la ONUSIDA², se ha alertado acerca del impacto multidimensional del VIH/SIDA, sobre todo en la juventud, la zona subsahariana africana es la más afectada del mundo³. Sólo en esta zona, según las estimaciones de la ONUSIDA para el año 2001, 3,4 millones de personas (adultos y niños, sin distinción de género) fueron infectadas. Por lo que se consideraba que el 70 % de las personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo, es decir unos 28,1 millones, se encuentran en esta zona caracterizada por un subdesarrollo integral.

Sin embargo, a día de hoy, los programas del desarrollo de los países poco desarrollados, no son considerados prioritarios. África subsahariana tiene una población muy joven y creciente. Por eso, a la vez que crece numéricamente no deja de ser una presa fácil para esta epidemia. Habría que añadir también el hecho de que el VIH/SIDA está en la base de diversas modificaciones substanciales de las estructuras familiares, así como en el mismo seno de la familia; todo lo cual provoca consecuencias sobre la dinámica y los fenómenos demográficos y familiares.

² Cf. ONUSIDA/OMS, *Le point sur l'épidémie de sida- décembre 2001*, Genève, 2001.

³ Benoît FERRY, « L'impact démographique du VIH/SIDA », In *La chronique du CEPED* (Centre français sur la population et le développement), N° 44, Juillet 2002, p. 1-4.

En esta investigación hemos revisado los diversos documentos del “Plan National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA” (PNMLS en sigla), un organismo del estado congoleño, cuyas evaluaciones y diversos informes nos han servido para enriquecer nuestra hipótesis. Al consultar libros sobre el fenómeno del SIDA, ninguno está centrado en nuestra investigación.

Para completar la investigación se utiliza una exégesis documental basada principalmente en informes de las zonas sanitarias de Congo y de diferentes informes del PNMLS, de la ONUSIDA y de otros organismos, además de entrevistas de médicos, profesionales de la sanidad y de personas que viven con el VIH/SIDA y sus familiares y cercanos.

La información encontrada en las fuentes evidencia varios factores de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y de riesgo de cara a otras enfermedades: la falta de implicación de la sanidad pública (Chenge, 2010), las insuficientes medidas socio-culturales para cuidar a los enfermos del VIH/SIDA, la carencia material como factor determinante, las dimensiones sociopolíticas y culturales del uso de los preservativos.

En cuanto al análisis epidemiológico:

- ✓ Prevalencia nacional para el SIDA: 4%
- ✓ Promedio de edades: 20 a 29 años en las mujeres; y 30 a 39 años en los varones.
- ✓ Modo de contaminación: transmisión sexual: 87 %; madre-hijo: 8%; otra vía: 5%.
- ✓ Nuevas infecciones: 155.500.
- ✓ Numero de PVV (personas que viven con el VIH): 1.190.000.
- ✓ Muertos por SIDA (entre 0 y 49 años de edad): 99.360.
- ✓ Huérfanos: 930.000.
- ✓ Necesidades en ARV (medicamentos antirretrovirales) para niños (de 0 a 14 años de edad): 36.460.
- ✓ Necesidades en ARV para adultos (de 15 a 49 años de edad): 158.940.

Según el mismo informe, el mapa de las mujeres embarazadas portadoras del VIH y de la sífilis.

Prevalencia en las mujeres embarazadas	VIH	Sífilis
En la capital, Kinshasa	3,8%	0,9%
En otras ciudades	5,2%	3,2%
En zonas rurales	4,1%	5,8%
En conjunto	4,6%	4%

Por otra parte el porcentaje de los bebés infectados por el VIH, nacidos de madres seropositivas: 25%.

Las estadísticas muestran que casi un 50% de la población del Congo tiene entre 0 y 15 años y el 35% tiene entre 15-40 años. Una población con 59 años de esperanza de vida al nacer. Con el SIDA, el futuro parece poco a poco sumergirse en una cierta incertidumbre. Los jóvenes de entre 10 y 24 años son dinámicos, frágiles y con ansia de conocimiento y experiencias.

En la R. D. Congo, la prevalencia del VIH varía en función de la fuente de los datos que se haya utilizado para estimarla. Se supone que entre 2001 y 2006 ha habido una cierta estabilidad, en torno a 4% de prevalencia, según los datos recogidos desde los sitios llamados “sites sentinelles” (sitios centinelas). Los datos obtenidos desde los centros de servicios de prevención de transmisión del VIH de madre a hijo (PTME=prevención en la transmisión madre a hijo) ofrecen otras cifras: una variación entre 2,6% y 3,2 %, entre 2003 y 2009 . Según el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA (PNLS), la RD Congo tiene una prevalencia de 4,5 %.

Por otra parte, esta misma prevalencia varía según se tome en consideración uno u otro grupo. Por ejemplo, se sabe que las mujeres están más afectadas que los demás grupos sociales. Justamente, en la R. D. del Congo, unos 60% de todas las personas que viven con virus (PVV) serían mujeres: las mujeres profesionales del sexo representarían un 15 % de toda la población infectada; las mujeres militares representarían 7,8 %; las mujeres refugiadas internas representarían el 7,6 % de los PVV. En el otro registro, los camioneros representarían el 3,3 % de toda la población congoleña infectada; mientras que los trabajadores de las minas alcanzan un 2,4 % del total de la población congoleña infectada.

Entre la documentación cualitativa: El ministerio congoleño de sanidad pública ha puesto en marcha una estructura encargada de ocuparse de estos jóvenes. El “programa Nacional de Salud del Adolescente” (PNSA) una estructura oficial que cuenta con el apoyo del UNICEF. Hay clara conciencia del peligro que implican estas enfermedades infecciosas en el seno del ministerio nacional de la sanidad como explica Beyrer para el caso de Camboya y Birmania. Aunque se han tomado medidas concretas, hay que reforzar las capacidades de los profesionales de los medios de comunicación acerca de la Salud Sexual y de la Reproducción de los Adolescentes y Jóvenes (SSRAJ).

En el caso del Congo la tendencia es la ruralización, la feminización y la juvenilización del fenómeno (Kambale, 2018). Estos serían algunos de los desafíos:

- 1º. La precocidad de las relaciones sexuales: de los 17 años, en 1991, a los 12-13 años, veinte años más tarde, sin una preparación consecuente.
- 2º. La automedicación: los jóvenes se auto-exponen a las resistencias de gérmenes favorables a la propagación de las enfermedades de transmisión sexual (ITS).
- 3º. Barreras culturales: los padres no hablan con sus hijos de esos temas. Forma parte de la pedagogía sociocultural del país.
- 4º. Una sociedad joven poco acompañada por el servicio público de sanidad⁴.

En los infectados por este virus ha aumentado la infertilidad y la esterilidad tanto en mujeres como en varones así como abortos de repetición o partos prematuros, embarazos extra-uterinos, infecciones de los

⁴ Para más información sobre la realidad de las I.S.T. en la juventud, véase Willy BONGO-PASI MOKE SANGOL, Barthélémy KALAMBAYI BANZA y Séraphin Ngondo A. PITSHANDENGE, *Santé reproductive, VIH/SIDA et IST en milieu universitaire congolais*, Paris, L'harmattan, 2015.

fetos durante el embarazo o en el momento del parto. Los bebés salen tan afectados que pueden resultar con ceguera u otras deformaciones congénitas.

Por lo demás, una madre infectada contagia sobre todo por la leche materna. En todo caso, en cuanto a la vía parental -de madre a hijo-, sabemos que la transmisión del VIH puede ocurrir en tres momentos diferentes: antes del nacimiento, a través de una placenta herida; en el momento del parto; o después del parto, en el amamantamiento. Este riesgo alcanza los 25% si la madre no está bajo tratamiento, mientras que con tratamiento el porcentaje baja a menos de 5 %.

Discusión

La República Democrática del Congo es uno de los países más pobres del mundo (Kambale, 2018), con malos indicadores de salud y una pobreza endémica. En el siglo XXI, Congo ha sido clasificado entre los diez países más pobres del mundo. La historia del VIH/SIDA parece ser un enigma científico, aunque muchos investigadores piensan que el Congo es su lugar de nacimiento, uno de los primeros países africanos en reconocer el VIH y comprometerse con la lucha contra el VIH/SIDA (Kambale, 2018). En 1983 se diagnosticaban los 53 primeros casos. En 1984, en un acto del dictador Mobutu, se declara la existencia del VIH/SIDA en el Congo, solicitando el apoyo de los socios internacionales y se creó un Centro de investigación *multilinear* denominado "Project SIDA". Entre 1985 y 1990 se impulsó además un Comité Nacional de lucha contra el SIDA (CNLS), un centro pluridisciplinar y multisectorial en el que trabajaban 43 personas y una Oficina central de coordinación del problema (Bureau Central de Coordination. BCC/SIDA), bajo el patrocinio del Ministerio de Sanidad Pública.

Durante la guerra de 1990 el Plan Nacional de la Lucha contra el Sida (PNLS) entra en declive (Ministere de Santè, 2006a), se paralizan las actividades del programa de la lucha contra el SIDA, se retiran los principales donantes y los equipos de investigadores quedando tan sólo las Agencias de las Naciones Unidas. Entonces las ONGs se unieron para crear un Fórum SIDA. En 1998, con el nuevo gobierno, se formó un "Comité Mixte" encargado del seguimiento de los recursos exteriores para los enfermos del SIDA. El Ministerio de Sanidad pública diseñó un nuevo Plan Nacional y se adoptó una nueva estrategia nacional multisectoriales en la lucha contra el VIH/SIDA (Kambale, 2018). En el año 1999 se elaboró el plan estratégico nacional (PSN) 1999-2008 de lucha contra el VIH/SIDA, con el apoyo de la OMS, de la PNUD y de la ONUSIDA, bajo la dirección del Ministerio de la Sanidad Pública (Ministere de Santè, 2006b).

En cuanto al análisis epidemiológico en Congo hay que señalar que las cifras están bastante subestimadas, ya que es difícil anotar el dato exacto, en parte por la escasez de las posibilidades de diagnóstico, seguido de las dificultades reales de comunicación y de transporte. Por otra parte, se debe también al hecho de que se necesita un largo periodo de incubación, unos siete años. Por tanto, los casos declarados en 2005 y 2006 son el resultado de unas infecciones de hace 5 a 10 años atrás. En el año 2010, un grupo de investigadores (Musafiri, 2013) denunciaba la insuficiencia en el despistaje (examen médico preventivo para detectar cáncer o enfermedades venéreas) del VIH en la población congoleña. Los datos encontrados muestran que en 2005 menos de 3% de las personas de entre 15 a 24 años tenían una información correcta sobre los modos de transmisión y prevención del VIH/SIDA. La cobertura de los servicios para los CDV, de prevención de

la transmisión madre-hijo era muy baja. Todo el país tenía nada más que 426 centros acreditados para estos servicios. Lo cual está muy por debajo de lo mínimo necesario. Parece no responder a las necesidades para la prevención, el tratamiento y los cuidados contra el VIH/SIDA.

Uno de los temas sensibles acerca de la problemática de la vulnerabilidad al VIH/SIDA es la exclusión que viven las víctimas⁵. Se experimenta la estigmatización, la discriminación así como las desigualdades entre géneros o clases sociales⁶.

En este sentido, en la R. D. del Congo parece que haría falta una ley antidiscriminatoria (Lydie, 2014); y más protección de las mujeres contra la violación en general y la violencia sexual (Kamanzi, 2018); más respeto de la tarea de los PVV (personas que viven con el VIH) para no contaminar a los demás; más nivel de conocimientos sobre los aspectos éticos y jurídicos del problema y mejora de costumbres, prácticas y tradiciones relacionadas con la mujer. En general existen pocas acciones coordinadas y sistemáticas a favor de los niños huérfanos y otros niños vulnerables ya que menos del 1% de los niños reciben cuidados y apoyo necesarios en esta situación. La destrucción del tejido familiar es otra de las consecuencias ya que en muchas ocasiones comienza a partir de las duras situaciones de enfermedad y marginación originadas por el padecimiento del VIH en Congo.

Por otra parte, es evidente que existe una clara conexión entre los conflictos armados de la República Democrática del Congo y los factores de riesgos y vulnerabilidad con impactos evidentes sobre toda la población. Las guerras que han saqueado el este del país han provocado, por ejemplo, desplazamientos masivos de las poblaciones, privándoles de bienes de primera necesidad y de sus ambientes y estructuras familiares. Al destruir esos ambientes protectores, la guerra hace que la gente se vuelva más vulnerable al VIH. En esas migraciones internas, sin ningún control sanitario, el contagio es muy frecuente y la infidelidad matrimonial ha crecido.

Para los más pequeños y los jóvenes, la situación es todavía más grave, pues, la pérdida de un hogar, el empobrecimiento o la desintegración de la familia, que es el único amparo con el que cuentan, o el fallecimiento de los padres, etc., son situaciones que les exponen con más crudeza a esta enfermedad, disminuyendo la posibilidad de continuar con sus estudios, y si lo hacen – en el caso de algunos privilegiados–, están sometidos a condiciones extremadamente peligrosas para su integridad personal y/o su desarrollo. Además, una vez abandonada la escuela, muchos chicos terminan en las calles. Allí están sometidos a comportamientos de alto riesgo, y pueden ser víctimas de violaciones sexuales. En todo caso, cuando desaparecen los cuidados físicos y psicológicos directos de los padres, los hijos están a la merced de los atracadores y son muy pocos quienes pueden salvarse de la prostitución.

En ocasiones algunos niños y especialmente las niñas, son impulsados por sus propias madres o tutores a unos comportamientos contrarios a su salud mental, psíquica y física, que les exponen a todo tipo de peligros, siguiendo la senda de padres moralmente desorientados (Yumba, 2017). Tales situaciones son observables en varios casos, y las autoridades civiles actúan muy poco ante ellas. Cabe destacar como aspecto positivo que algunas ONGs locales han comenzado a tomar iniciativas para proteger y acompañar a los menores en esta situación.

⁵ Cf. Michel S. KAMANZI, « Le sida en Afrique, un défi à la solidarité internationale », in *Laennec*, Tomo 52, 2004/4, p. 18-31. Este artículo nos inspira mucho en esta parte de nuestro trabajo de investigación.

⁶ Cf. MINISTERE DE SANTE, *Feuille de route pour l'accélération vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH/SIDA d'ici 2010 en République Démocratique du Congo*, Janvier 2006.

Esta vulnerabilidad se acentúa con la insuficiencia de los medios ofrecidos por el gobierno: el sistema sanitario está bastante desorganizado, sin suficientes infraestructuras ya que algunas han sido destruidas por la guerra, y el coste de los tratamientos sigue siendo elevado en comparación con las posibilidades económicas de las familias⁷. Es verdad que en casos concretos, fomentando el no compromiso con comportamientos que favorecen el VIH, se ha dado un notable esfuerzo de cara a la disminución de la vulnerabilidad infantil, pero hablamos de iniciativas aisladas en entidades y grupos sin la suficiente red social para abordar en su integridad esta cuestión, podríamos citar el proyecto Ebale-Monkole, Harambee, proyectos de solidaridad de varias instituciones religiosas.

El estudio sobre la vulnerabilidad ante el VIH nos descubre que hay diversos factores a la hora de considerar el momento de evaluar la lucha contra el VIH/SIDA, así como el trabajo sobre la prevención de esta epidemia. La cuestión de las estructuras sanitarias adaptadas, y la concienciación de las bases, en una formación adaptada a las necesidades y al nivel económico son pistas de actuación que pueden permitir a una sociedad evolucionar en su autosuficiencia en la lucha contra esta epidemia. Pero los esfuerzos locales deberían animar a seguir adelante para conseguir mejores resultados, como lo han demostrado países como Senegal o Uganda.

Una de las consecuencias dramáticas en este sentido es el impacto sobre la economía y la producción. Pues, la contribución económica de las personas afectadas por el VIH/SIDA disminuye sensiblemente. Y, a la escala nacional, hay que reconocer que el fenómeno no es positivo para la vida económica del país de modo global. Y es que el VIH/SIDA el rostro del VIH es joven y femenino, ya que éstos son los protagonistas más afectados y a la vez los actores más importantes de la vida económica del país. Con este panorama está claro que las perspectivas del futuro quedan menguadas. Hay ejemplos numerosos de ello: familias que pierden a la única persona con la que contaban como soporte o recurso, disminución de la fuerza de capital humano para trabajar en los campos, etc.

En cuanto a las consecuencias sociales, es evidente que la enfermedad del SIDA tiene un peso importante sobre las personas infectadas, sobre sus familias, sobre sus pueblos y sobre sus comunidades humanas y su sociedad. Hemos subrayado aquí la exclusión social de las víctimas, sin embargo, habría que reconocer que, en el fondo, la misma sociedad o la comunidad sufre también al tener que excluir a un miembro o como es en este caso, a muchos miembros, perdiendo fuerza como sociedad. Dicho de otra manera, toda exclusión social de un individuo en estas condiciones provoca heridas sociales en diversas personas, comenzando por los familiares de la víctima pero también todo el tejido social o comunitario queda fragmentado por esta situación.

El número más elevado de infectados en mujeres, jóvenes y niños provoca una cadena de victimización de las personas más frágiles de la sociedad, las viudas que han perdido a sus maridos ven como nadie se ocupa de ellas, perdiendo además el derecho a la heredad. Peor parece ser la situación en la que se encuentran las que han sido contaminadas por sus maridos, no sólo ya que sufren la enfermedad, sino que la transmiten y conviven con ella diariamente. Y aunque no es parte de nuestra investigación, cabe destacar también que el número de huérfanos aumenta, desequilibrando a su vez la estructura social ya que se reducen el número de familias.

⁷ Los tratamientos que hay hoy día tienen como objetivo tanto cuidar del SIDA como impedir que la infección VIH progrese hasta la etapa del SIDA.

Con objeto de no llegar a estas situaciones, sería preciso elevar el nivel de formación de la juventud (Caldwell, et al. 1989), más específicamente el de las niñas y mujeres, formando también a los varones en el equilibrio y la mejora de sus relaciones interpersonales, basadas en el respeto y la igualdad entre varón y mujer.

El desafío socioeconómico y familiar planteado por esta situación plantea la cuestión del acceso a los tratamientos contra el VIH/SIDA. En este momento, los antiretrovirales son un lujo para la mayoría de los congoleños, y muy especialmente para las personas de las zonas rurales (Kamazi, 2013). Frente a este problema se pueden identificar dos dificultades fundamentales:

- 1º. La pobreza de la mayoría de las personas portadoras del VIH/SIDA.
- 2º. La incapacidad del gobierno de poder proporcionar ayudas gratuitas.

En resumen en la República Democrática del Congo cuando hay una víctima del VIH, la sociedad y la familia queda fragmentada por un conjunto de razones: económica, comunitaria o familiar, social, etc. Son todos estos aspectos los que se han considerado como elementos del impacto demográfico de esta epidemia, que disminuye a la persona en su mismo ser individual y social.

Conclusiones y recomendaciones

La mejor ayuda contra el SIDA sería, por una parte, el conocimiento de sus principales modos de transmisión, y por otra, cuidar a sus víctimas y a sus familias. Parece que hay que invertir un profundo trabajo socio antropológico (dar a conocer al ser humano en su forma individual, dentro de su cultura y sus relaciones) para poder llegar a una verdadera restauración humana, familiar y social. La lucha contra el SIDA no podrá ser efectiva si no se renuncia a situaciones agravantes como los conflictos armados, el empobrecimiento de la población, especialmente, en educación y cultura de las necesidades específicas de las víctimas del VIH/SIDA y del abaratamiento de los retrovirales. La solución sería arbitrar una serie de estrategias ante los siguientes problemas definidos:

- 1º. La feminización y la juvenalización del VIH/SIDA.
- 2º. La pauperización del VIH/SIDA y limitación en el acceso a los tratamientos.
- 3º. La ineficacia de los programas de prevención, de seguimiento y de cuidado: Poca visión estratégica y de coordinación; así como la insuficiencia de las finanzas nacionales y la falta de armonización para llegar a una mejor utilización de los recursos disponibles en el país.
- 4º. Los prejuicios multidimensionales, especialmente psicosociales: luchar contra toda vulnerabilidad social de las víctimas del VIH/SIDA, su estigmatización y discriminación de las PVV.
- 5º. La falta de compromiso por parte del gobierno del país.
- 6º. Escasa movilización de los medios necesarios a todos los niveles para prevenir o luchar contra estas enfermedades.

Frente a este panorama, se podría formular las siguientes recomendaciones prácticas:

1º. Desde el punto de vista político y económico:

- Mejorar las medidas de prevención del VIH/SIDA.
- Fomentar estrategias y condiciones materiales que puedan ayudar a facilitar el acceso a los cuidados y tratamientos de calidad contra el VIH/SIDA.
- Crear condiciones materiales que permitan acceder fácilmente a una nutrición de calidad (no dar tratamiento sin nutrición).
- Eliminar todo tipo de amenazas e inseguridad política, social, alimentaria, para que haya paz integral.
- Mejorar las condiciones de las comunicaciones: carreteras, etc.
- Reforzar la legislación contra las violaciones y violencias (sensibilizando la comunidad de base) y descentralizando los diferentes servicios.
- Elaborar una política de prevención y reforzar los CDV.
- Reforzar las ayudas a la familia, y el derecho de las víctimas.
- Asegurar la protección jurídica, psicológica, social⁸ y física de las personas expuestas al riesgo.
- Mejorar la situación social de los funcionarios y acrecentar el empleo para poder disminuir la miseria.
- Apoyar todas las iniciativas locales de lucha contra las I.S.T.
- Apoyar los centros locales de sanidad para que sean capaces de acompañar a los afectados, y prevenir más infecciones de I.S.T.
- Contribuir a la autonomía de las mujeres para reducir su vulnerabilidad.
- Formar profesionales en salud.
- Instalar infraestructuras adecuadas para el despistaje y el seguimiento de los enfermos.
- Reforzar y animar a los investigadores, capaces de facilitar la tarea y fomentar espacios de solidaridad por la proximidad interhumana.

2º. Desde el punto de vista cultural y social:

- Fomentar una cultura y un sistema económico que favorezcan la integración de las PVV y de sus familiares.
- Garantizar el cuidado integral de las víctimas.
- Luchar contra la discriminación y la estigmatización social.
- Asegurar el acceso fácil a los tratamientos.
- Eliminar la discriminación de sexo y favorecer a las niñas e incorporarlas en la sociedad.
- Ayudar a las personas afectadas a organizarse para acompañarse y asociarse mutuamente.

3º. Desde el punto de vista de la formación y sensibilización:

- Reforzar la educación básica y mejorar el sistema educativo obligatorio y sensibilizar acerca de los medios de prevención a una vida sexual responsable.
- Reforzar las capacidades de los profesionales.

En definitiva, luchar contra el VIH/SIDA, es una convicción humanamente fundamental. Hemos visto los desafíos multidimensionales que esta enfermedad plantea a la humanidad desde el punto de vista personal, familiar y social.

⁸ Cf. PNLS, *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, Kinshasa, 2010.

Bibliografía

- Beyrer, Chris (1998). "Burma and Cambodia: human rights, social disruption, and the spread of HIV/AIDS". *Health and human rights*, 1:84-97.
- Bongo-Pasi Moke Sangol, Willy; Kalambayi Banza, Barthélémy y Pitshandenge, Séraphin Ngondo A. (2015). *Santé reproductive, VIH/SIDA et IST en milieu universitaire congolais*. Paris : L'harmattan.
- Bouchard, Olivier y Ndour, Tidiane (Éd.). (2011). *Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des paramédicaux*. Doin: Paris.
- Caldwell John, Caldwell Pat, Quiggin Pat. (1989). "The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa". *Population and Development Review*, 15 (2): 185-234.
- Chenge, Mukalenge; Van der Vennet, Jean; Porignon, Denis; Luboya, Numbi; Kabyla, Ilunga; Criel, Bart. (2010). Mapping health services infrastructure in Lubumbashi city in the Democratic Republic of Congo I and II. *Global health promotion*.17(3):58-59.
- Ferry, Benoît. (2002). " L'impact démographique du VIH/SIDA ". *La chronique du CEPED* (Centre français sur la population et le développement), 44.
- Gonzalvo-cirac, Margarita; Roqué-Sánchez, M.Victoria; Fuertes, Fernando; Pacheco, Mauricio; Segarra, Ignacio. (2013). " Is the precautionary principle adaptable to emergency scenarios to speed up research, risking the individual informed consent? ". *Am. J. Bioeth.* 13(9): 17-9.
- DeRose, Laurie.F.; Huarcaya, Gloria; Salazar-Arango, Alberto; Agurto, Marcos; Corcuera, Paul; Gonzalvo-Cirac, Margarita; Tarud, Claudia. (2016). " Childrens Living Arrangements and On-time Progression Through School in Latin America and the Caribbean". *Journal of Family and Economic Issues*. 38(2):184-203.
- Kamanzi, Michel S. (2004). " Le sida en Afrique, un défi à la solidarité internationale". *Laennec*, 52 :18-31.
- Kambale Migheri, J. B.(2018). "Des défis des espaces géoculturels africains face à la 'mondialisation culturelle'". *Aurore*,1 : 55-76.
- Kambale Migheri, J.B. (2018). "La femme africaine et le développement intégrale de l'Afrique. Quels défis pour nos cultures?". *Étincelle*,19:103-132.
- Kibanda, Wilfrid.(2018). *Des sphères d'injustice dans le mariage Africain*. Butembo:Ishango.
- Loenzien, Myriam de.(2002).*Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*. Préface de Daniel Mpenbele Sala-Diakanda, Paris:L'Harmattan.
- Lydie,Nathalie ; Halfen, Sandrine ; Marsicano, Elise ; Aubriere, Cindy ; Spire, Bruno ; Dray-Spira, Rosemary ; Lert, France. (2014). *Discrimination des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aux Antilles et en Guyane : attitudes déclarées en population générale et discriminations subies déclarées par les PVVIH – Enquêtes KABP 2004-2011 et ANRS*. Montpellier : Afravih.
- MINISTERE DE SANTE.(2006a).*Feuille de route pour l'accélération vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH/SIDA d'ici 2010 en République Démocratique du Congo*.
- MINISTERE DE LA SANTE/PNMLS.(2006b).*Enquêtes de surveillance des comportements et de séroprévalence en République Démocratique du Congo. Rapport de synthèse, aout 2005. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005*.
- *Le point sur la situation du VIH/SIDA en RDC : estimations et projections de l'épidémie et des besoins en traitement antirétroviraux. Dans le rapport national sur l'épidémie à VIH 2005*.

- Mufune, Pempelani.(1999).“Social Science explanations of the AIDS Pandemic in Africa”. *AIDS and Development in Africa*.New York:The Haworth Press.
- Musafiri, Jean. (2013). “Séroprévalence du VIH chez les tuberculeux à Kisangani en République Démocratique du Congo“. *Santé Publique*,25 :483-490.
- Ogden, Jane.(2008).*Psychologie de la santé*. Bruselas:De Boeck.
- ONUSIDA/OMS.(2001). *Le point sur l'épidémie de sida- décembre 2001*, Genève.
- PNLS.(2010). *Module de formation du prestataire sur la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Manuel du participant*, Kinshasa.
- PNMLS.(1998).*Plan stratégique national de lutte contre le SIDA et les MST (1999-2001) y (2010-14)*, Kinshasa.
- *Rapport de mise en œuvre de la déclaration d'engagement des chefs d'Etat et de gouvernement pour la lutte contre le VIH/SIDA en RDC, UNGASS 2005*.
- Smith, Stephen.(2003).*Négrologie. Pourquoi l'Afrique meurt*.Paris:Calman-Lévy.
- Yumba, François(2017).*Les patients perdus de vue dans la prise en charge du Sida*. Bruselas:Namur.
- Wegelin-Schuringa, Madeleen; Kamminga, Evelien.(2006). “Water and sanitation in the context of HIV/AIDS: the right of access in resource-poor countries“. *Health and human rights* 1:152-172.
- Zarate, Belén; Gas, Montserrat.(2015). Vulnerabilidad y ética del cuidado. El papel de la familia, *Quaderns de Polítiques familiars*.Nº 2 (2016)