«MASWITI SAMADYERA MU PEPALA» (LOS CARAMELOS NO SE COMEN ENVUELTOS)

PALMIRA ALCALDE

Máster en Antropología Médica y Salud Global

Universitat Rovira i Virgili

plmrlcld@gmail.com

RESUMEN: Desde que en 1985 se detectó el primer caso oficial de sida, el VIH se ha convertido en el principal problema de salud en Malawi y en la primera causa de mortalidad entre la población. Aunque las políticas de prevención del contagio y el acceso a los tratamientos antirretrovirales han conseguido reducir la mortalidad, la prevalencia continúa siendo alta y está especialmente feminizada. En una sociedad en la que las relaciones de poder y las desigualdades de género se vinculan estrechamente con el contagio del VIH, las mujeres, dependientes económica y socialmente del hombre, en la mayoría de los casos, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social y de mayor riesgo de contagio.

A partir del análisis de entrevistas realizadas a mujeres seropositivas y de algunos de los conceptos *emic* presentes en las narrativas, se estudian las causas que más inciden en esta feminización del VIH. La investigación demuestra que una sociedad fuertemente patriarcal, la pobreza y el escaso control de la mujer en la toma de decisiones como son el acceso a la planificación familiar, una eficaz educación sexual, la elección de marido o la de tener hijos o no, así como la de rechazar relaciones sexuales no seguras, aumentan el riesgo de contagio del VIH.

PALABRAS CLAVE: VIH; sexualidad; mujer; condón; estigma; cultura.

ABSTRACT: Since the detection of the first official case of AIDS in Malawi in 1985, HIV has become the main health problem in the country and the leading cause of mortality among the population. Although policies aimed at preventing infection and providing access to antiretroviral treatments have significantly reduced mortality, the prevalence of the among the population remains high, particularly among women. In a society in which power relations and gender inequalities are closely linked to the spread of HIV, women are at particularly disadvantaged because in most cases they depend financially and socially on men. This places them in a situation of greater social vulnerability and at greater risk of contagion.

Based on the analysis of interviews with seropositive women, and some emic concepts present in their narratives, the present article analyses the causes that most affect this feminization of HIV. Research shows that the risk of infection with HIV is increased by a strongly patriarchal society, poverty, unsafe sex, women's limited control in decision-making, their lack of access to family planning and effective sex education, the fact that they do not have the right to choose their husbands or whether to have children or not.

KEYWORDS: HIV; sexuality; woman; condoms; stigma culture.

1. Introducción

Malawi, situado en el sureste de África, está dividido administrativamente en tres regiones: sur, centro y norte, y su población, de 18 millones de personas según el Banco Mundial (BM, 2016), la conforman etnias distintas: chewa, ngoni, tumbuka, yao, lomwe... El idioma nacional es el chichewa y el inglés, el que dominan las élites, el oficial, aunque la diversidad de tribus conlleva variedad de lenguas propias de cada etnia. La familia como unidad social ha experimentado cambios sustanciales en la sociedad malawiana pero todavía existen dos tipos de matrimonio «tradicional»¹, como lo definen Chimbiri (2007) y Walther (2017), algo relevante porque sus costumbres, en las relaciones de género y rituales vinculados con las prácticas sexuales, difieren; no obstante, ambos son fuertemente patriarcales y el poder económico y social recae, de una manera u otra, sobre los hombres de la familia.

Malawi es pobre, el 50,7% de la población vive bajo el umbral de la pobreza según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2017), y su economía, basada en la agricultura de subsistencia, representa el 30% de su producto interior bruto, empleando a casi el 80% de la población activa, sobre todo jóvenes² y mujeres; el cultivo del maíz es el alimento básico y sobre el que recae su seguridad alimentaria. La poca mecanización y la dependencia de la climatología hacen sus cosechas muy vulnerables, con la amenaza constante de hambrunas periódicas, como las de los años 2002, la peor de la época moderna (McCracken, 2012), y 2005, que llevaron al país a una emergencia alimentaria y causaron gran mortandad³.

1 En Malawi coexisten dos sistemas de matrimonio que reposan en dos sistemas de filiación: matrilineal/matrilocal predominante en las regiones sur y centro del país, mientras que en la región norte es más común el sistema patrilineal/patrilocal. En el sistema matrilineal la adscripción del individuo y la herencia vienen dadas por la línea materna, siendo el hermano de la madre quien dispone y controla las propiedades y recursos heredados, incluida la propiedad de la tierra. En el sistema patrilocal, al contrario, la adscripción es por la vía paterna; de padre a hijos u otros varones de la familia, y la poligamia y el levirato son prácticas bastante comunes. La mujer debe trasladarse a vivir a la localidad del marido, que paga un precio por la novia: *lobola*.

2 La edad media de la población se sitúa en 17,4 años (WWP, World Population Prospect, 2015).

3 Mercedes, misionera de la comunidad de María Mediadora, me relató los estragos que la hambruna de esos años, especialmente la del 2002, produjo en el país. La noticia fue recogida en di-

Desde su independencia en 1964, Malawi depende de la ayuda internacional. Entre 2007 y 2009, la ayuda externa supuso el 40% del presupuesto nacional; el Reino Unido, Japón, el Fondo Monetario Internacional y el BM aportaron, en 2008, casi un billón de dólares en ayudas al desarrollo (Myroniuk, 2011, citado en Page, 2014), y en 2017, los préstamos de la Asociación Internacional de Fomento ascendieron a 421.400 millones (BM, 2018). A pesar de las ayudas la economía continúa siendo una asignatura pendiente.

La desconfianza de los inversores extranjeros se basa en la falta de transparencia política en las inversiones, las deficientes infraestructuras para el transporte de mercancías y la pobre gestión medioambiental (Record, Kumar y Kandoole, 2018). Los cortes de electricidad continuos⁴ son un grave problema para la industria y la población, y una carga económica para Malawi porque la falta de generación de electricidad obliga al Gobierno a comprarla fuera y a los individuos, a utilizar la madera y el carbón cuando esta falta, aumentando así la deforestación del país.

En 2013, realizando trabajo de campo para mi TFG, tomé conciencia de la dimensión del problema del VIH/sida para el país y para los individuos, especialmente para las mujeres; porque una característica de la epidemia es su feminización. De los 36,7 millones de personas que en 2016 vivían con el VIH en el mundo, un millón eran malawianas; de ellas, 590.000 mujeres mayores de 15 años, con una prevalencia estimada del 11,7% entre las mujeres de 15-49 años *versus* un 7,4% entre los hombres del mismo rango de edad (UNAIDS, 2017).

La sociedad malawiana es todavía muy tradicional⁵, especialmente en las zonas rurales en las que vive el 83,4% de la población (Food and Agriculture Organization, FAO, 2017), exhibiendo las desigualdades sociales y de género, relacionadas con el contagio del VIH, transmitido principal-

versos medios como BBC. Mundo News digital: <<http://new.bbc.co.uk/hi/spanish/news/newsid1950000/1950772.stm>>.

4 Durante mi estancia los cortes de luz eran diarios, sin preaviso, y podían darse mañana o tarde.

5 Para evitar la problemática que el término «tradicional» implica en antropología, quiero aclarar que cuando menciono «sociedad tradicional» me refiero a una sociedad que todavía mantiene costumbres muy arraigadas, anteriores a la colonización y cristianización del país.

mente por contacto heterosexual. La homosexualidad es ilegal en el país y está castigada con la prisión (Otosson, 2017).

La dependencia económica y social del hombre resta capacidad de agencia a la mujer para negociar conductas de riesgo en las relaciones sexuales: obligarle a utilizar preservativo, negarse a la relación sexual o evitar la poligamia del marido (practicada por el 18% de la población), según el sondeo Malawi Demographic and Health Survey (MDHS, 2017), la hace más vulnerable al riesgo del contagio del VIH, como afirman algunas informantes:

En Malawi, los hombres tienen más poder [...] si un hombre decide no usar condón pienso que la mujer no puede rechazarlo. Tiene miedo de perder la amistad y las fuentes económicas (Analy, médico).

Nuestras prácticas culturales contribuyen [...] en nuestra cultura el hombre es el héroe de la familia, quien toma las decisiones [...] la mayoría de las mujeres no estamos empoderadas. Necesitamos empoderarnos, tomar nuestras propias decisiones, no solo la imposición del marido (Isabel, responsable del Departamento VCT).

La razón por la que muchas personas seropositivas no revelan su estatus es el miedo al estigma y a la discriminación, consecuencia de los discursos moralizadores de las élites políticas, sociales y religiosas, que determinan las políticas sobre el VIH/sida. Las élites locales a las que se refiere este trabajo no son grupos intrínsecamente políticos y están repartidas entre las diferentes esferas del poder, pero en un país en desarrollo, el círculo religioso es el que más contacto tiene con las instituciones extranjeras, especialmente en los sectores de sanidad y educación. El dominio del inglés, símbolo de modernización y elitismo de quienes lo utilizan como herramienta de trabajo (Matiki, 2001), una formación académica que, como mínimo, alcanza la enseñanza secundaria y el hecho de que todos trabajan, de una forma u otra, en el campo del VIH, ya sea diseñando las políticas de prevención o implementándolas, en colaboración con organizaciones internacionales, u ocupando cargos en la Administración, son rasgos comunes.

Esta investigación, en línea con el paradigma interpretativista de Geertz (1973), cuyos métodos de investigación se centran, principalmente,

en la observación participante, la etnografía, la fenomenología y el análisis del discurso, pretende dar respuesta a preguntas sobre la vinculación entre la construcción «oficial» del discurso del VIH/sida y la percepción de este por parte de los individuos, así como los factores que subyacen en su feminización. El trabajo de campo se llevó a cabo en 2017, durante los meses de septiembre y octubre, en los hospitales Likuni Mission, Mlale y Home Based Clinic, en un radio de 10-30 km de la capital, Lilongwe. Los hospitales de Likuni y Mlale forman parte de la organización Christian Health Association of Malawi, creada en 1966 bajo los principios religiosos de proveer soporte técnico y administrativo para mejorar la salud de sus miembros en todo el país. Esta institución es el segundo proveedor más importante en servicios de salud del país, el 37%, y forma al 80% de sus profesionales, complementando de forma sustancial la asistencia sanitaria pública (Likuni Mission Hospital, 2016).

Se realizaron entrevistas en profundidad, a treinta mujeres seropositivas y a otros actores sociales, médicos, enfermeras y a personas no seropositivas, así como a jóvenes de ambos sexos con los que, de manera distendida y coloquial, se conversó sobre el tema. También se recabó información en la prensa local⁶, lo que permite tener una visión panorámica de los problemas que durante el tiempo que duró la investigación fueron noticia; los cortes de suministro eléctrico diarios, los embarazos adolescentes, el estado de excepción en la ciudad de Blantyre por algunos casos de vampirismo, *blood-suckers*; los matrimonios precoces, etc.

El objetivo de las preguntas era conocer quién les había comunicado que eran seropositivas; cómo lo percibieron; a qué personas revelaron su estado; su conocimiento del VIH/sida y cómo previnieron el contagio, en el caso de mantener relaciones sexuales.

2. Efectos de la colonización y de la globalización

El colonialismo constituyó la unión estratégica de ideas, instituciones y formas de dominación, ya en nombre de Dios, la ciencia y el capital, ya bajo la premisa de la evangelización, la civilización o el comercio, para

⁶ Anexo con noticias de prensa local sobre estos temas.

instaurar el «orden», un modo de vida social y un establecimiento de la «verdad», principales rasgos de una particular visión de la razón, el progreso y la libertad: estas ideas, propias de la Ilustración, impregnaban la mentalidad de los imperios europeos. Un «nuevo orden» que, irónicamente, ha llevado al «desorden» político, económico y social de muchos de los nuevos estados poscoloniales (DelVecchio *et al.*, 2008).

Este apartado se centrará, principalmente, en las consecuencias que la colonización inglesa tuvo para Malawi, en aspectos directamente vinculados con la epidemia; en especial en la relevancia de la cristianización del país como factor identitario de las élites postcoloniales.

Los primeros misioneros, protestantes y católicos, llegaron a principios del siglo xx con la voluntad de hacer de la evangelización una obra civilizadora según el modelo occidental. Sus aportaciones acercaron a los individuos al mundo moderno y contribuyeron al desarrollo de la agricultura, las artes, y a las virtudes de las personas, de acuerdo con la doctrina cristiana, aunque, según Belda (1975), imbuidos en los prejuicios de la época, la mayoría de los religiosos no se esforzaron en comprender la mentalidad de los individuos. «Lo cierto es que los cristianos también hemos manipulado a personas y a grupos sociales queriendo ser fieles al Evangelio [...] con la justificación de diversas formas de coacción ejercitada contra la conciencia ciudadana (recepción de sacramentos sin fe personal, enseñanza religiosa ajena a las propias convicciones, evangelización proselitista)» (Belda, 1975: 260).

Las ideas del pecado y la salvación comportaron cambios sustanciales en la percepción de la sexualidad y las prácticas sexuales tradicionales, la estructura familiar y las relaciones de género en la sociedad malawiana. Unos cambios que, según Bochow y Van Dijk (2012), lejos de reducir las desigualdades entre hombres y mujeres, perpetúan los roles de género y acentúan la dominación masculina.

Con la noción del pecado el cristianismo introdujo también la concepción moral victoriana de la sociedad burguesa inglesa que, en plena Revolución industrial, ve peligrar sus intereses por la degeneración de la conducta sexual de las clases trabajadoras. Es entonces cuando el sexo pasa de ser algo público a algo secreto, reducido al matrimonio, quedan-

do la sexualidad confinada a su función reproductora y controlada por el poder, generando con sus discursos un nuevo sistema de relaciones en las que la voluntad del individuo no cuenta (Foucault, 1998).

La ideología colonial desarrolló una conciencia dual que dio lugar a nuevas subjetividades e «identidades híbridas» de los individuos y propició la emergencia de unas élites en los Estados poscoloniales africanos más afines con las élites occidentales que con «su propia gente», sosteniéndolas en su objetivo por sobrevivir (Galtung, 1971). Para legitimar su existencia dentro de los contextos occidentales se convierten al cristianismo, alejándose de los individuos que se mantienen fieles a costumbres: practicar la medicina tradicional, *sing'ganga* (herbolarios), rituales de brujería⁷, etc., y a los que ven como atrasados. Los herbolarios tienen todavía un peso importante entre muchos malawianos que creen en los poderes curativos de plantas y animales, no solo a nivel terapéutico, también para tener buena suerte o protegerse contra la brujería, en los ritos de paso, especialmente de iniciación y funerales (Morris, 2011; MacCracken, 2012).

A pesar del intento de la Iglesia colonial de erradicar la idolatría, prohibiendo y desarticulando cosmovisiones y saberes populares para mantener su monopolio sobre lo espiritual (Sanchiz, 1995), las prácticas tradicionales continúan realizándose en todo el país, especialmente en las áreas rurales. Algunas de estas prácticas son los rituales de iniciación femenina; kuchotsa *fumbi* en las que hombres adultos *fisi*⁸ tienen sexo con las recién iniciadas, el pago de la novia, *lobola*, el levirato, *chokolo*, que obliga a la mujer viuda a casarse con el hermano del difunto marido, o la poligamia, *mitala*. Algunas de estas prácticas, que en el contexto tra-

⁷ Los albinos, por ejemplo, son perseguidos y asesinados por la creencia de las propiedades curativas de sus órganos.

⁸ *Fisi* significa hiena y en chichewa; aparte de nombrar al animal, tiene dos significados. El primero se refiere al hombre elegido por el líder del pueblo para tener sexo con las chicas jóvenes después del ritual de iniciación. El hombre que practica sexo individualmente con cada una de las chicas, normalmente sin protección, lo hace durante la noche y no es identificado. El segundo significado se refiere a la contratación de los servicios de un hombre para tener sexo con una mujer que no puede concebir, lo que hace que este acuerdo sea secreto. El 18 noviembre de 2016 el artículo de la BBC tuvo gran repercusión internacional: un hombre, infectado de VIH, reconoció haber tenido sexo con más de 100 mujeres y chicas sin protección. Fue juzgado y condenado. Disponible en: <<http://www.bbc.com/news/world-africa-38028065>>.

dicional tenían como objetivo ofrecer seguridad económica a la mujer, empezaron a ser identificadas como un factor de riesgo con el evento del VIH/sida.

Las Iglesias cristianas, protestantes y católicas centran sus mensajes de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH en la fidelidad y la abstinencia, condenando la utilización de condones (Rankin *et alii*, 2016), aunque la realidad hace que este mensaje parezca ingenuo, pues la mayoría de las esposas fieles son infectadas por sus maridos. El informe de 1992 de la Organización Naciones Unidas, citado en Farmer (2000: 191), «[...] para la mayoría de las mujeres, el principal factor de riesgo para una infección de VIH es estar casada», es totalmente vigente para las mujeres de Malawi, como se desprende de las entrevistas realizadas a mujeres casadas o con pareja estable.

Si la colonización y la cristianización moldearon las estructuras, organización y prácticas de la sociedad malawiana, la globalización, ya como estado independiente, al contrario de lo que la filosofía capitalista afirmaba, no trajo mejoras sustanciales al país ni a los individuos, tanto en el terreno económico como en el social, especialmente para las mujeres. El libre mercado, junto con las políticas de privatización y desregularización, acentuó la desigualdad de géneros, reforzando los estereotipos de la superioridad «natural» del hombre y la inferioridad de la mujer (Van den Borne, 2005). El despido masivo de trabajadores no solo ha obligado a las mujeres del África tradicional a hacer frente al impagado trabajo doméstico y el cuidado de ancianos y niños, también han tenido que ser el sostén familiar cuando los maridos emigraban (Madunagu, 2001). Algunas de ellas recurren al sexo transaccional para la subsistencia, aumentando el riesgo de contraer el VIH, aunque no siempre es la necesidad económica imperiosa; el placer y el deseo, así como poder disponer de artículos que para ellas son un lujo (jabones o cremas o vestidos), también abocan al sexo transaccional (Schatz, 2005; Tawfik y Watkins, 2007).

3. Sexualidad y VIH/sida

En el África tradicional la sexualidad es todavía objeto de gran simbolismo y ritual y su percepción difiere de la del mundo occidental (Ahlberg, 1994; Nyangondwe, 2005; Shorter, 1998; Heald, 1995). En su estudio no se pueden ignorar las situaciones de pobreza y aislamiento social ni las costumbres y prácticas alrededor de la misma, que han conformado los deseos de los individuos y sus prácticas. En este contexto, a menudo el sexo se ajusta más a unos patrones de comportamiento social que a una elección basada en el deseo individual (Barnett y Parkhurst, 2005). En las sociedades tradicionales se hablaba abiertamente de la sexualidad, porque no era solo un asunto individual, sino también comunitario; por ello, los individuos debían cumplir estrictas normas morales y tabúes para mantener el equilibrio social. La celebración de rituales y sacrificios prevenían o restauraban la ruptura de las normas, a la vez que se ejercía la presión social sobre los grupos de parejas y otras redes sociales para reforzar las conductas socialmente aceptables (Tumbo-Masabo, 1994; Heguye, 1995; Shorter, 1998; Van den Borne, 2005). Vistas como un don divino, y asociadas a la procreación, las relaciones sexuales tenían como finalidad la construcción de la familia y el fortalecimiento de alianzas para incrementar los recursos económicos y la posición social de las mismas.

La entrada a la edad adulta y a la actividad sexual socialmente admitida la determinaban las ceremonias de iniciación de los jóvenes; en las chicas suele realizarse después de la primera menstruación, que, como media, se produce a los 15 años (Munthali y Zulu, 2007). El objetivo del ritual es preparar a la joven para el matrimonio y el cumplimiento de las obligaciones que el mismo comporta; incluyendo los conocimientos y prácticas que el deseo sexual y la habilidad para concebir requieren, priorizando dar placer al hombre sobre el placer de la propia mujer.

La virginidad de la mujer era, y es, un valor muy apreciado en muchas sociedades tradicionales, como Malawi, se velaba por ella, básicamente la familia, para evitar tener que devolver los bienes al novio si la mujer no llegaba virgen al matrimonio, especialmente en las familias patrilineales (Ntukula, 1994; Heguye, 1995; Poku, 2001; Schatz, 2005; Herrera y Campeiro, 2002; Van den Borne, 2005). La abstinencia y la castidad antes de los

cambios sociales introducidos por la cristianización y la globalización no representaban gran problema para las jóvenes puesto que el matrimonio solía materializarse poco tiempo después del ritual de iniciación.

En la cultura malawiana, la sexualidad se asocia con la fuerza física y los alimentos; utilizando metáforas y expresiones vinculadas al gusto y a la comida. Se vive con intensidad y el intercambio de fluidos corporales es percibido como algo «nutritivo», física y emocionalmente; un aporte de «vitaminas» que les da energía vital. Para los individuos la sexualidad es «vida», no tan solo en el aspecto biológico reproductivo; a través de ella también buscan dirigir sus identidades y su sentido del yo como actores sociales y morales (Freeman, 2012; Kaler, 2004; Van den Borne, 2005).

Gobierno e instituciones internacionales involucradas en las políticas del VIH/sida intentan reducir las prácticas tradicionales, pero estas todavía se realizan. Según un estudio de Munthali y Zulu (2007), el 43% de las chicas y el 33% de los chicos declararon haber participado en los ritos de paso, siendo la región sur donde más se practican. No obstante, muchas veces se magnifica la importancia del sexo en estas ceremonias y actualmente, con la amenaza del sida, algunas comunidades las han adaptado a la realidad del VIH, como apuntan algunos informantes:

En áreas remotas es difícil para la gente entender a causa de las creencias culturales que tenemos aquí en Malawi, la llamamos *kuchotsa fumbi*. Se realiza cuando la chica joven crece, con la madurez. Lo primero que hacen es que esta chica tenga sexo, con un hombre mayor, casado. Sí, ahora todavía se hace, pero por detrás, a escondidas, aún creen (Kwima, 38 años).

En algunas zonas, la mayoría rurales, aún se practica, especialmente entre los Lomwe, en el sur (Lawrence, 28 años).

En Malawi, la infidelidad, para los hombres y para las mujeres, es condenada moralmente por la sociedad (Van de Borne, 2005), aunque las relaciones extramaritales son una práctica tolerada y común entre los hombres; forma parte de la construcción de la masculinidad, en menor medida y por distintos motivos, también por las mujeres. La masculinidad se vincula a las habilidades sexuales del hombre; la cantidad de parejas sexuales que tiene y la capacidad para darles soporte económico y

protección es signo de masculinidad y de estatus económico y social (Cordero, 2013; Frahm-Arp, 2012; Herrera y Campero, 2002). Para el hombre malawiano el sexo es algo primordial, a menudo una fuerza irracional irresistible y un motivo de conversación recurrente en las charlas masculinas (Kaler, 2004). En la dominación sexual masculina, en Malawi, la relación sexual es dirigida por el hombre según sus términos y para su propio placer, según N'gwira *et alii*, citados en Page (2014), mientras que «la sexualidad femenina es concebida como pasiva y vivida como una mediación para la relación con otra cosa: amor, dinero o estatus social» (Bertran-Dansereau, 2010: 5).

La vinculación sexo-naturaleza y el atributo proteínico del semen hacen que el uso del condón sea visto como «antinatural» porque, además de restar placer a la relación sexual, el semen contiene «proteínas» necesarias para la mujer (Leclerc-Madlala, 2002).

Algunos hombres insisten en no usar condones porque no disfrutan del sexo de la manera que ellos quieren. Algunas chicas no insisten en el uso del preservativo porque solo recibiendo el esperma de los hombres encuentran placer (Maxwel, 32 años).

Aunque el discurso biomédico, que vincula el VIH con la práctica de sexo sin protección, es el que se prioriza en las políticas de prevención y el que predomina entre los jóvenes (Kaler, 2003; Ghosh y Kalipeni, 2007; Chimbiri, 2007), esta construcción de la masculinidad y de la sexualidad hace que el condón sea poco utilizado y pone a las mujeres, especialmente a las jóvenes, en la incapacidad de protegerse del contagio, acentuando la tensión entre el conocimiento y las prácticas de los individuos.

4. El VIH/sida en escena

A esta percepción de la sexualidad se enfrenta la realidad del VIH/sida. Desde su descubrimiento, en 1983, la epidemia se extendió a nivel planetario pero el África Subsahariana fue la región más afectada. De los 34,3 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, en 1999, 24,5 millones, el 70%, se concentraban en el África Subsahariana, y 15,7 eran mujeres (ONUSIDA, 2000). Diecisiete años después, el panorama conti-

núa siendo desolador. Según UNAIDS (2017), en el año 2016, las cifras seguían manteniendo la misma (des)proporción que en 1999: 36,7 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, de las cuales 25,5 millones estaban en el África Subsahariana.

Desde que en 1985 se diagnosticó el primer caso oficial de sida, el VIH se ha convertido en el principal problema de salud en Malawi y en la primera causa de mortalidad entre la población, según Médicos sin Fronteras (2017) y WHO (2015). La prevalencia estimada entre los adultos de 15-49 años pasó del 1,7%, en 1987, al 16,4%, en 1999, empezando a declinar a partir de entonces: 14,4% en 2003 (Geubbels y Bowie, 2006), 10,8% en 2012 (ONUSIDA, 2013) y 9,2% en 2016 (UNAIDS, 2017). Una tasa que, a pesar de los programas de divulgación y prevención, solo se ha reducido ligeramente.

La heterogeneidad etnográfica y social del país también supone diferencias geográficas en la prevalencia del VIH; el sur registra dos veces más (14,5%) que el centro (7,6%) y el norte (6,6%). En las zonas urbanas es el doble, 14,6%, que en las rurales, 7,4%, con un 17,8% *versus* un 11% del total de mujeres, respectivamente (MDHS, 2017). Estos datos contradicen los discursos que vinculan las altas tasas de prevalencia con las prácticas tradicionales, llevadas a cabo sobre todo en zonas rurales. Un estudio de Boily *et al.* (2009) afirma que medir el riesgo de infección del VIH-1, el de Malawi, después de una relación sexual con una persona infectada, es muy difícil, y, aunque hay evidencias científicas de riesgo, este no puede ser cuantificado. Dado que las relaciones sexuales en estas prácticas se refieren a un solo contacto, y suponiendo que el hombre estuviera infectado, el contagio por un solo coito es bajo, habitualmente de un 0,001 a 1 de probabilidades por 1.000 contactos, según un análisis de Powers *et al.* (2008).

5. Resultados de la investigación

Al inicio del trabajo la muestra no buscaba perfiles específicos, pero durante el desarrollo de la investigación se fueron concretando tres perfiles distintos de mujeres, que se corresponden con tres etapas de su ciclo vital.

a) *La adolescencia*: chicas contagiadas por vía materna; todas ellas adheridas a programas especiales de divulgación para el conocimiento y la

prevención. Tanto en LMH como en HBC, además del tratamiento anti-rretroviral mensual, se les ofrece soporte material: alimentos básicos y ayuda económica para el transporte.

b) *La reproducción*: jóvenes madres, diagnosticadas en los controles prenatales, obligadas a realizar la prueba del VIH para la asistencia pre- y postnatal. Son mujeres casadas, contagiadas, casi todas, por el marido, del cual dependen, que afrontan una situación compleja al recibir el diagnóstico; comunicar su estado al esposo, negociar unas relaciones sexuales seguras y el miedo a sus infidelidades les generan gran tensión y ansiedad.

c) *La viudedad*: un grupo heterogéneo de mujeres, entre los 38-70 años, que dependen, en gran parte, de la asistencia de las asociaciones cristianas y de la red social de la comunidad para su subsistencia.

A pesar de las diferencias de edad y del ciclo vital, los tres perfiles tienen factores comunes: son portadoras del virus y sufren violencia estructural; esa violencia, no siempre visible, causada por los procesos de estructuración social, y que no necesita, obligatoriamente, de ninguna forma de violencia directa para tener efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar identidad y/o libertad de las personas (Galtung, 1996).

5.1 Adolescencia. Silencio, miedo al estigma y a la discriminación

Casi todas las entrevistadas dicen haber sido contagiadas por su madre, al nacer, y todas reciben tratamiento antirretroviral. La mayoría tiene a más miembros de la familia infectados y forman parte de los 670.000 huérfanos que hay en el país (UNAIDS, 2016). Dicen ocultar su condición de seropositivas por miedo al estigma y a la discriminación. La construcción del estigma suele contraponer la existencia de un grupo ajeno (los infectados) al considerado como verdadero (los no infectados), y debe hacer referencia a elementos diferentes y propios de ese grupo objeto de estigma que lo hacen muy distinto (Goffman, 2012); por ello el estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, el VIH, y equivale al rechazo social del individuo. Los afectados tienden a sentirse «diferentes», lo que puede llevar a una baja autoestima

y a valorar poco la vida, aumentando las conductas de riesgo (Delavande *et al.*, 2014). Por eso, los adolescentes son avisados por sus padres o tutores para que no revelen su situación.

Ocultar el estatus de seropositivo puede tener consecuencias negativas para los individuos en general, pero especialmente para los adolescentes, pues la adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad, con importantes cambios físicos y emocionales, y en la que el soporte parental es menor. Afrontar una enfermedad crónica como el VIH puede llevar al individuo a incorporar el estigma y la discriminación, produciéndole ansiedad y depresión, provocando la interrupción del tratamiento. Según Parienti (2014), en general, el 37,7% de los individuos jóvenes viviendo con el VIH no tiene adherencia al tratamiento, que, además de tomar la medicación pautaada, requiere visitas regulares al hospital y asistir a los programas y actividades que se realizan en los VCT (Voluntary Counseling and Testing) y otras organizaciones para adolescentes que promueven el conocimiento del VIH, la eficacia del sexo seguro y el uso de preservativos para reducir el riesgo de contagio (Tabatabai *et alii*, 2014). Un estudio de Kim *et alii* (2017) entre adolescentes viviendo con el VIH, en Malawi, concluye que el «olvido» es la causa más frecuente de la interrupción; pero la depresión, el agobio y el miedo al estigma también aparecen entre los argumentos. Otro estudio de Zolowere *et alii* (2008) demuestra que los pacientes, hombres de una media de edad de 31 años, diagnosticados de tuberculosis, enfermedad relacionada con el VIH, solo revelaron su diagnóstico a familiares cercanos y personas de confianza por miedo a la estigmatización; algunos de ellos, bajo tratamiento antirretroviral, ocultaron el tema de la medicación a sus compañeros pacientes y ninguno lo había comunicado a sus hijos.

Clara tiene 20 años, vive con una hermana casada, estudia tercer curso de secundaria y, al contrario que muchas de las entrevistadas, entra en detalles sobre la sexualidad:

Yo nací así, mi madre murió cuando yo nací [...] mi padre es positivo; fue él quien me dijo que yo era positiva, hace 10 años [...], es cuando empecé a tomar medicinas, yo no estaba muy feliz por esto, por haber nacido así, pero ahora lo entiendo, por eso vengo al Club. Toda mi familia sabe

mi estatus, pero no mis amigos [...] porque mis amigos podrían reírse, por eso no lo digo.

No, no tengo novio. Cuando lo tenga se lo diré si nos vamos a casar, para ser tratados como una pareja, para hacer una familia.

Sí, es el profesor de la asignatura Life Skills quien nos enseña acerca del VIH, cómo protegernos [...], algunos utilizan la información que nos dan en clase, pero a otros no les importa su vida.

Yo creo que las chicas tienen menos cuidado, a causa de la pobreza y la falta de recursos en casa, porque para los pobres, si en casa son pobres [...], piensan si voy con un hombre me va a dar mucho dinero [...], si me ofrecen 5.000 kwachas⁹ con condón o 10.000 kwachas sin condón, que es mucho más [...] por lo tanto ellas usan el dinero para la familia, pero también lo usan para cosas personales. A veces pueden estar dos o tres días yéndose a dormir sin cenar. Encuentran a hombres en sitios como el autobús, pero es por la pobreza.

Sí, a los hombres les gusta más sin protección, *maswiti samadyera mu pepala*, sino es como comer un caramelo con un papel de plástico [...], no les importa [el riesgo de infección].

Memory, de 16 años, vive con su hermana y sabe pocas cosas de sus padres. La hermana, casada, también es seropositiva, el marido no lo es:

Iba mucho al hospital cuando era pequeña, estaba enferma y me llevaban para revisiones. A los 6 años me lo dijeron, pero yo no sabía nada de esto, no sabía qué era el VIH. Cuando crecí, el doctor de Lighth House me dijo que no podía dejar de tomar las medicinas: «Si las tomas vivirás mucho, pero si dejas de tomarlas te morirás». Por eso las tomo.

No sé [cómo se contagió], quizá por mi hermana, tal vez porque he vivido mucho tiempo con mi hermana, no se mucho de mis padres. Ella es positiva.

No, no se lo he dicho a nadie, solo a mi hermana [...], por el estigma y la discriminación, porque aquí, en Malawi, si lo saben, las personas lo pueden pregonar en todas partes; en el mercado [...], porque es mi vida y nadie tiene que saberlo. Cuando tenga novio sí le diré que soy positiva, algunos chicos aceptan, pero otros se marchan.

⁹ Según el cambio actual, estas cantidades corresponderían a unos 6 y 12 euros, respectivamente (<www.xe.com/es/currencyconverter/convert/?Amount=5000&From=MWK&To=EUR>).

No, no tengo novio, pero en el colegio sí tengo amigas que tienen y hacen el amor, yo no. Sí, las chicas hablan acerca de los condones, algunas van a planificación familiar para tomar anticonceptivos [...], pastillas. Algunos chicos sí aceptan usar condones, pero otros no [...], no los usan porque no piensan en su vida, solo quieren disfrutar y ponen su vida en peligro.

El nivel de conocimiento del VIH entre los jóvenes es alto; los temas de prevención y riesgo de contagio forman parte curricular de la enseñanza, en la asignatura *Life Skill Education*. Los anuncios institucionales en televisión y radio, el medio de comunicación masivo en las zonas rurales, así como los pósteres en todos los centros de salud y los mensajes en los libros de texto, están presentes en el día a día de los individuos, predominando en ellos el modelo biomédico.

El 13% de las chicas y el 22% de los chicos de 15-19 años tienen su primer contacto sexual antes de los 15 años (MDHS, 2017), pero las entrevistadas confiesan no tener relaciones sexuales; sí se refieren a terceros, compañeros de colegio casi siempre, que sí las tienen; esto puede interpretarse como una afirmación a través de esos «otros».

Los adolescentes tienen pocos espacios públicos, al margen de los que ofrecen las instituciones, para socializar, muchos de ellos estudian en *boarding schools*, internados, que acostumbran a estar apartados de las zonas urbanas. La iglesia, la mezquita o los campos de fútbol son espacios donde la gente joven suele concentrarse y realizar actividades diversas, siendo la escuela el lugar donde muchos comienzan sus primeras relaciones, que denominan *chibwenzi*, literalmente, amistad (Kaler, 2003), pero que también pueden entenderse como relaciones que van más allá; como tener un novio o novia, aunque esta no acabe en matrimonio. Iniciar la relación requiere un «protocolo». Es el chico quien propone a la chica ser su *chibwenzi*, si ella acepta, queda implícita la aceptación de tener sexo. En el Malawi rural, las relaciones íntimas se entrelazan con dinero, cosa no vista como inmoral o como signo de explotación sexual (Poulin, 2007; Tawfik y Watkins, 2007); muchas mujeres argumentan que es el amor y no el dinero y los regalos lo que las mueve a tener relaciones sexuales, y, aunque pueden negarse, suelen aceptar las propuestas para aumentar su

popularidad en el grupo, disponer de objetos como jabón o cremas que mejoren su estatus social y que la familia no puede pagarles. El concepto de masculinidad deja claro que la responsabilidad de los muchachos es proveer de beneficios materiales a sus parejas, porque socialmente eso está ligado a las obligaciones que se espera que cumplan los maridos.

A pesar del conocimiento del riesgo de contraer el VIH y de embarazo, pocos adolescentes se protegen; mientras los chicos argumentan *maswiti samadyera mu pepala* (no quiero utilizar condón), ellas no suelen oponerse a estas relaciones de riesgo, por temor a que la relación se rompa o por una concepción romántica del amor.

Lo que pasa es que el chico crece y quiere tener sexo con una chica; puede no querer utilizar condones, incluso si puede tener condones no está satisfecho, porque quiere saber lo que se siente [...], es por eso por lo que la mayoría de los hombres jóvenes no usan condones. Aquí en Malawi la chica acepta al chico por lo que el chico es. Por lo tanto, si él quiere tener sexo sería muy difícil porque ella no quiere perder lo que ve [...], no, no es prostitución. Lo que pasa es que en muchos casos las relaciones se mueven por el dinero, si el hombre tiene *cash*, dinero, para la chica es muy difícil (Kwima, 38 años).

Por la presión del grupo, los adolescentes, especialmente los hombres, son más susceptibles a asumir riesgos y el beneficio del riesgo prima por encima del coste que este supone (Gardner y Steinberg, 2005; MacPhail y Campbell, 2001). Algunos jóvenes «presumen» de ser seropositivos como un signo de masculinidad (Kaler, 2003). Carol, de 17 años, comentó que entre sus compañeros de colegio «tener VIH estaba de moda», aunque matizó que en la escuela les recomiendan la fidelidad y el uso de condones para evitar el contagio. En este contexto se entiende la alta tasa de prevalencia entre los jóvenes: el 3% de las mujeres de 15-17 años y cerca del 10% entre las de 23-24 años *versus* el 0,7% y el 2% entre los hombres del mismo rango (MDHS, 2017).

Las instituciones religiosas entienden la sexualidad como «un regalo de Dios» (Shorter, 1998; Bertrand-Dansereu, 2010), y sus discursos sobre la prevención del contagio continúan centrándose en la castidad. A partir de la década de los noventa, coincidiendo con el punto álgido de la

epidemia, sus mensajes intentan hacer una aproximación holística en la educación sexual de los adolescentes. «Evidentemente, se centran en la abstinencia sexual hasta el matrimonio, pero su objetivo es que los jóvenes tengan respeto por su propia sexualidad y que la abstinencia sea vista como un esfuerzo constante y no simplemente como la ausencia de un acto inmoral» (Bertrand-Dansereu, 2010: 102).

5.2 La reproducción. ¿Revelar o no el estatus al marido? Miedo al abandono

Una gran proporción del contagio ocurre en matrimonios o parejas estables, y ante la ausencia de un remedio definitivo para la curación, la prevención es la única arma eficaz para luchar contra el VIH/sida (Anglewicz y Chintsanya, 2011; Gipson *et al.*, 2010) we use individual and couples-level data for currently-married respondents from an ongoing longitudinal study in rural Malawi to (1. Por eso cada vez se destinan más recursos a programas de VCT y a la planificación familiar, porque se ha demostrado que estas intervenciones son las más eficientes, en términos de coste-efectividad, en la reducción del contagio. A pesar de ello, muchos individuos solo realizan la prueba si muestran signos de enfermedad.

Quando van a hacerse la prueba, la mayoría de las mujeres están enfermas, cuando empiezan a sentir síntomas, yo misma, cuando empecé a sentir los síntomas, no antes. Muchas no van porque exteriormente parecen estar sanas, por el estigma [...], porque se sienten cómodas con su cuerpo, por eso esperan a estar enfermas. Entonces van para la prueba de sangre (Mwali, 38 años).

El conocimiento sobre la planificación familiar entre las mujeres adultas es elevado, aunque el 69% de las mujeres casadas no utilizan ningún método anticonceptivo; un alto porcentaje de las que sí lo hacen, 37%, discontinuaron el tratamiento durante los cinco años anteriores a la encuesta de salud (MDHS, 2017). La inyección es el método preferido por las mujeres casadas (el 30%); al ser una dosis mensual, tienen un mayor control propio y es más fácil evitar que el marido lo sepa. Anticonceptivos como el DIU, que implican reglas más largas y abundantes, son descarta-

dos por la mujer, que teme que el marido busque sexo fuera del matrimonio, al tener que esperar más tiempo para mantener relaciones sexuales (Bisika, 2008).

Mphatso, con problemas auditivos, narra su experiencia asistida por su hermana. Tiene 32 años y lleva en brazos a dos niños gemelos de un mes, envueltos en trozos de *chitenje*¹⁰.

Tiene 6 hijos y fue diagnosticada en 2014, con el embarazo del hijo anterior. Responsables del hospital fueron al poblado a hablar con la familia para iniciar el tratamiento, probablemente en 2016. Diez meses después de dar a luz quedó embarazada de los gemelos. Tan solo uno de los hijos ha sido testado y confirmado negativo y ambos están bajo seguimiento.

El marido, también positivo, es violento [...], él no está bajo tratamiento, pero le roba las medicinas a ella, como consecuencia, ella no toma el tratamiento completo a final de mes. Su marido no cuida a su mujer, ni durante el embarazo [...]; el marido no cuida a su familia, es un irresponsable.

Fue difícil para todos saber que era positiva. Como tiene este problema de audición..., es sorda y además está infectada. Es dependiente y lo será siempre, es duro para ella. Los familiares tienen que responsabilizarse de ella y los niños.

¡Ah! Ella se queja de que su marido no los utiliza (condones). El fin de semana se marcha a Mzuzu para relajarse, lo que significa que tiene otras relaciones y no utiliza condones; es un hombre difícil.

Este fue un caso dramático por la extrema pobreza de la familia y lleva a reflexionar sobre las palabras de Farmer (2003: 44): «Las mujeres están en situación de mayor riesgo de VIH porque la pobreza es la principal y determinante condición de sus vidas».

Kiweta tiene 26 años y tres hijos; el último está bajo tratamiento:

Fui diagnosticada en 2015, mi marido, en 2016. Creo que podría haber sido infectada por mi marido, porque pudo esconder los resultados inicialmente, que era positivo. Yo oía rumores de que iba con prostitutas antes de 2015, se comportaba mal. Él me decía que no, que no era verdad.

¹⁰ El *chitenje* es una pieza de tela que las mujeres llevan colocada como un pareo/falda, encima de la ropa.

Él fue solo al hospital y dijo que estaba bien. Cuando yo fui diagnosticada nos trataban como pareja discordante porque él no enseñó su *health passport* [cartilla sanitaria], dijo oralmente que estaba bien. Al principio no quería decírselo, estaba deprimida, tenía miedo, recordaba su comportamiento, pero cuando se lo comuniqué él reaccionó bien, me dijo: «OK, mi esposa, yo lo acepto». Cuando lo dije a mi familia ellos lo aceptaron bien, me regalaron un teléfono. Mi marido vende carbón, es el único trabajo que tiene. No, no utilizamos condones, él no disfruta, *maswiti samadyera mu pepala*, es mejor abrir el papel.

Las informantes afirman haber revelado a sus maridos su estatus de seropositiva una vez facilitado el diagnóstico, aunque este no hubiera sido conjunto, pero no siempre lo hacen de forma inmediata por el temor al abandono. Según Anglewicz y Chintsanya (2011), en las zonas rurales, en general, las mujeres están más predispuestas a revelar su estatus a sus maridos que los hombres a sus mujeres, y, cuando lo hacen, el marido casi siempre lo acepta, aun así, impera el miedo a la ruptura de la relación y a la pérdida del sustento económico. El relato de uno de los médicos entrevistados es ilustrativo:

Una mujer que vivía con su novio, sin estar casados, en 2008, dejó el tratamiento durante cuatro años; dijo que no lo podía seguir a causa del hombre. Ha vuelto este año y le pregunté el motivo. Comentó que el hombre se marchó a Mozambique y ella lo acompañó para vivir juntos, venía sola...; el hombre es negativo. Yo le dije que debía continuar el tratamiento inmediatamente y que debían utilizar condones porque eran pareja.

La mujer envió al hombre a recoger la medicación para ella y él quiso conocer más detalles, yo le expliqué que ella era positiva y cómo debían tratarse, no le expliqué acerca del pasado de ella para evitar conflictos, «ahora estáis juntos», le dije. El hombre lo entendió y continuó ayudando a la mujer (Francis).

Las primeras acciones de planificación familiar y promoción de preservativos las promovieron organizaciones extranjeras, en 1960, pero la condena del Gobierno demoró su implementación hasta 1994. Desde sus inicios, el condón ha sido motivo de controversia. La construcción social

del matrimonio, percibido como una etapa cuyo fin es tener hijos y en el que la confianza y el amor entre esposos deben imperar, ha hecho que desde el Estado y la comunidad se haya condenado su uso, aduciendo cuestiones morales. Asociado al sexo de pago, los esposos no hablan del tema a pesar de conocer el riesgo de contagio; el condón es considerado un «intruso», algo que converge con la política del Gobierno, que admite su utilización en parejas discordantes o si se tienen múltiples parejas (Van den Borne, 2005; Chimbiri, 2007), y su uso todavía no es significativo. En LMH, cuando una mujer es diagnosticada como seropositiva, se intenta involucrar al marido o pareja, para que el tratamiento sea conjunto, y, en el caso de ser pareja discordante, aun prevaleciendo el mensaje cristiano de fidelidad mutua, recurren al personal médico laico para la recomendación del uso de condones o, en según qué casos, otros métodos anticonceptivos.

5.3 La viudedad. La lucha por la subsistencia

Las ayudas económicas del Gobierno a las personas enfermas o discapacitadas, como es el caso de muchas mujeres viudas, en las zonas rurales, son casi nulas. Por ello, muchos individuos de estos colectivos dependen del apoyo de la red social facilitada por la comunidad, especialmente en tiempos de escasez alimentaria que periódicamente asolan al país, por ello su supervivencia depende del grado de aceptación del individuo en la misma. Algunas mujeres ven en el matrimonio la posibilidad de evitar la exclusión y pobreza, y esto puede llevarlas a aceptar proposiciones de matrimonio sin conocer bien al hombre e incluso sin saber si cuenta con los recursos necesarios para mantener a la familia (Van den Borne, 2005; Verheijen, 2011). El testimonio de Shakira, de 38 años y tres hijos, con los que vive, es una muestra de cómo algunas mujeres ven en el matrimonio la opción de salir de la pobreza.

Fui diagnosticada en el 2003, cuando fui a revisión por el embarazo de mi tercer hijo. Yo pienso que fui contagiada por mi marido, que murió en 2006, antes de que naciera mi hija, nunca se hizo la prueba o tal vez se la hizo y nunca me lo dijo porque tal vez tenía miedo de que yo me fuera con mi madre. Si me lo hubiera dicho yo habría continuado con él;

estaba casada. Me casé con él porque era pobre, quería que me ayudase con los *school fees*. Él era viudo, no sé cuándo murió su mujer. [...] no, no sé de qué murió.

Sí, lo dije a mi familia y reaccionaron bien [...], no te preocupes, me dijeron. Me están ayudando. Solo lo dije a mis familiares. Otra gente habla, habla, cuando lo dices a alguien a quien amas, esperas que no lo diga a nadie más.

Algunos hombres no quieren usar condones porque dicen que no se sienten bien, pero otros ahora sí los usan. Las mujeres somos vulnerables, tenemos que cuidar a la familia. Nosotras somos las que cuidamos a la familia, porque el hombre trabaja fuera. Cuando nos pasa algo a nosotras no decimos nada a nadie.

Mzukira tiene 65 años y ocho hijos:

Creo que me infecté en el 2000, estaba en Blantyre y enfermé, tenía diarrea. En 2003, en el Queen Elizabeth Hospital, me dijeron que tenía tuberculosis, allí no tenían tratamiento. En 2004 vine a Lilongwe y fui admitida en Kamuzu Hospital, allí me hicieron la prueba de VIH, que dio positivo y empecé el tratamiento. Creo que lo contraí por mi marido, es conductor de camiones¹¹ y estaba siempre moviéndose. Yo le decía a mi marido que se lo hiciese, pero decía que él no podía tener el virus. Estaba enfermo, pero no quiso hacerse la prueba, murió en marzo de 2002.

Para él era difícil de aceptar, sabía que si las mujeres sabían que era positivo huirían y él, como conductor de camiones, tenía varias relaciones. Tomó la decisión, no lo aceptó. Sabía que mucha gente debería de tener el virus.

Una de sus hijas, de 22 años y casada, también es seropositiva:

Pienso que ha contraído el virus por su marido, que era viudo cuando se casó con mi hija y su primera mujer murió de sida, pero el marido no se ha hecho la prueba. Tienen tres hijos: el primero y el segundo son positivos, el tercero está bien.

¹¹ Los conductores de camiones son considerados población de alto riesgo en las políticas de prevención.

8. Conclusión

El análisis permite concluir que los mensajes oficiales de prevención, basados en la abstinencia, fidelidad y «condomización» (Barnett y Parkhurst, 2005; Verheijen, 2011) y en la condena de las prácticas tradicionales llegan a gran parte de la población; los individuos conocen la enfermedad y los métodos para prevenirla.

Aunque el grado de conocimiento es alto, los individuos no están muy concienciados y se exponen al riesgo de contagio por diferentes motivos; las mujeres sí suelen percibir la práctica del sexo sin protección como un factor de riesgo, pero la falta de recursos económicos las lleva a tener sexo transaccional y a aceptar prácticas sexuales poco seguras, al negárseles la agencia para rechazarlas. En el caso de los hombres la percepción del riesgo es distinta, especialmente entre los jóvenes, que, por el hecho de serlo, creen estar «a salvo», y perciben una probabilidad de contagio baja, pues, según Douglas (1996: 58), «se tiende a ignorar los peligros cotidianos y a restar importancia a los más infrecuentes [...] como consecuencia del sentido adaptativo de inmunidad subjetiva el individuo».

Para las adolescentes, al inicio de la sexualidad debería acompañarlo una buena educación sexual, impartida por profesionales, que complementase las explicaciones curriculares, y el acceso fácil y confidencial a los servicios de planificación familiar. Esto las ayudaría a conocer y respetar mejor sus cuerpos, su propia sexualidad, y a evitar algunas conductas de riesgo, así como a reducir la alta tasa de embarazos adolescentes. Que estos servicios fueran impartidos en las comunidades locales, involucrando a sus responsables, es algo que las informantes han expresado. Una relación más cercana y directa aportaría a los jóvenes de ambos sexos, el grueso de la población, el capital social necesario que les permitiera apoyarse en unas relaciones durables para mantener la adhesión y cohesión al grupo, a la vez que reduciría el estigma y la discriminación.

La feminización del sida no se debe tanto a las prácticas culturales, como enfatizan los mensajes oficiales, como al sistema patriarcal dominante. El problema no es la conducta de las jóvenes y de las mujeres, sino la construcción de la masculinidad que legitima el comportamiento sexual del hombre: múltiples parejas, prostitución y violación en el ma-

rimonio y la negativa a utilizar condones en las relaciones sexuales, anteponiendo la satisfacción personal a la protección. Todo ello incrementa, de forma desproporcionada, el riesgo de contraer el VIH/sida por parte de las mujeres que no pueden ejercer su agencia, porque, precisamente por ser mujeres y pobres, la tienen más restringida.

Bibliografía

- ACNUR (2017). Disponible en: <<https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/cuales-son-los-paises-mas-pobres-del-mundo>>.
- AHLBERG, Beth Maina (1994). «Is there a distinct african sexuality? a critical response to Caldwell *et alii*». *Africa*, 64 (2), 220-242.
- ANGLEWICZ, Philip y CHINTSANYA, Jesman (2011). «Disclosure of HIV Status Between Spouses in Rural Malawi». *AIDS Care*, 23 (8), 998-1005.
- BANCO MUNDIAL (2016). Disponible en: <<https://datos.bancomundial.org/pais/malawi?view=chart>>.
- Banco Mundial (2018). *Préstamos de la Asociación Internacional del Fomento*. Disponible en: <<https://datos.bancomundial.org/pais/malawi>>.
- BARNETT, Tony y PARKHURST, Justin (2005). «HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change». *The Lancet Infectious Diseases*, 5 (9), 590-593.
- BBC. *Mundo News digital*. Disponible en: <<http://new.bbc.co.uk/hi/spanish/news/newsid1950000/1950772.stm>>.
- BBC News. Disponible en: <<http://www.bbc.com/news/world-africa-38028065>>.
- BELDA, R. (1975). «Manipulación social del hombre». *Iglesia Viva*, 57, mayo-junio, 260-271.
- BERTRAND-DANSEREAU, Anaïs (2010). *La prévention du vih auprès des jeunes au malawi: paralysie et potentiels de l'éducation sexuelle*. Université du Québec Montréal.
- BISIKA, Thomas (2008). «Cultural factors that affect sexual and reproductive health in Malawi». *J. Fam Plann Reprod Health Care*, 34 (2), 79-81.
- BOCHOW, Astrid y VAN DIJK, Rijk (2012). «Christian Creations of New Spaces of Sexuality, Reproduction, and Relationships in Africa: Exploring Faith and Religious Heterotopia». *Journal of Religion in Africa*, 42 (4), 325-344.

- BOILY, Marie-Claude; BAGGALEY, Rebecca; WANG, Lei; MASSE, Benoit; WHITE, Richard; HAYES, Richard J. y ALARY, Michel (2009). «Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies». *The Lancet Infectious Diseases*, 9 (2), 118-129.
- CHIMBIRI, Agnes M. (2007). «The condom is an “intruder” in marriage: evidence from rural Malawi». *Social Science and Medicine*, 64 (5), 1102-1115.
- CORDERO, Julia (2013). «When the group encourages extramarital sex: Difficulties in HIV/AIDS prevention in rural Malawi». *Demographic Research*, 28 (30), 849-880. Disponible en: <<http://www.demographic-research.org>>.
- DELAVANDE, Adeline; SAMPAIO, Mafalda y SOOD, Neeraj (2014). «HIV-related Social Intolerance and Risky Sexual Behaviour in a High HIV Prevalence Environment». *Social Science and Medicine*, 111 (6), 84-93. doi: 10106/j.socscimed.2014.04.011.
- DELVECCHIO GOOD, Mary-Jo; HYDE, Sandra Teresa; PINTO, Sarah y GOOD, Byron (2008). «Postcolonial Disorders: Reflections on Subjectivity in the Contemporary World». En Mary-Jo GOOD *et alii*. *Postcolonial Disorders* (pp. 1-40). University of California Press.
- DOUGLAS, Mary (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- FAO(2017). Disponible en: <<http://www.fao.org/faostat/es/#country/130>>.
- FARMER, Paul (2000). «Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes». *Papeles de población*, 23, 181-201. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- FARMER, Paul (2003). «On Suffering and Structural Violence. Social and Economic Rights in the Global Era». En *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- FREEMAN, Emily (2012). *Older adults experiences of ageing, sex and HIV infection in rural Malawi*. Tesis doctoral. Ernestina Coast, supervisora de la tesis. Londres: Escuela de Economía y Ciencias Políticas.
- FOUCAULT, Michel (1998). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- FRAHM-ARP, Maria (2012). «Singleness, Sexuality, and the Dream of Marriage». *Journal of Religion in Africa*, 42 (4), 369-383.
- GARDNER, Margo y STEINBERG, Laurence (2005). «Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study». *Developmental Psychology*, 41 (4), 625-635.
- GALTUNG, Johan (1996). *Peace by peaceful means. Peace and conflict, development and civilization*. London: Sage
- GALTUNG, Johan (1971). «A structural theory of imperialism». *Journal of Peace Research*, 8 (2), 81-117.
- GEUBBELS, Eveline y BOWIE, Cameron (2006). «Epidemiology of HIV/AIDS in adults in Malawi». *Malawi Medical Journal*, 18 (3), 99-121.
- GIPSON, Jessica; MUNTIFERING, Carie; CHAUWA, Felluna; RAULO, Frank; TSUI, Amy y HINDIN, Michelle (2010). «Assessing the Importance of Gender Roles in Couples' Home- Based Sexual Health Services in Malawi». *African Journal of Reproductive Health*, 14 (4), 63-73.
- GOFFMAN, Erving (2012). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- HEALD, Suzette (1995). «The power of sex: some reflections on the Calwell's "African Sexuality" thesis». *Journal of the International African Institute*, 65 (4), 489-505.
- GHOSH, Jayati y KALIPENI, Ezequiel (2007). «Concern and practice among men about HIV/AIDS in low socioeconomic income areas of Lilongwe, Malawi». *Social Science and Medicine*, 64 (5), 1116-1127.
- HEGUYE, Eli S. (1995). «Young People's Perception of Sexuality and Condom Use in Kahe». En Knut-Inge KLEPP, Paul M. BISWALO y Aud TALLE (eds.). *Young People at Risk. Fighting AIDS in Northern Tanzania* (pp. 107-120). Oslo: Scandinavian University Press.
- HERRERA, Cristina y CAMPERO, Lourdes (2002). «La vulnerabilidad e invisibilidad las mujeres ante el VIH/sida: constantes y cambios en el tema». *Salud Pública de México*, 44 (6), 554-563.
- KALER, Amy (2003). «"My girlfriends could fill a yanu-yanu bus": Rural Malawian Men's Claims About Their Own Serostatus». *Demographic*

- Research*. Special Collection, 9 (suppl. 1), 349-72. doi: 10.4054/DemRes.S1.11,
- KALER, Amy (2004). «AIDS-talk in everyday life: the presence of HIV/AIDS in men's informal conversation in Southern Malawi». *Social Science and Medicine*, 59 (2), 285-297.
- KIM, Maria; MAZENGA, Alick; YU, Xiaoying; AHMED, Saeed; PAUL, Mary; KAZEMBE, Peter y ABRAMS, Elaine (2017). «High self-reported non-adherence to antiretroviral therapy amongst adolescents living with HIV in Malawi: barriers and associated factors». *Journal of the International AIDS Society*, 20 (1), 1-12. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7448/IAS.20.1.21437>>.
- LECLERC-MADLALA, Suzanne (2002). «Youth, HIV/AIDS and the importance of sexual culture and context». *Centre for Social Scienc Reseach. Aids and Society Research*, unit 9 - June.
- LIKUNI MISSION HOSPITAL (2017). *2016 Annual Report*.
- MATIKI, Alfred J. (2001). «The social significance of English in Malawi». *World Englishes*, 20 (2), 201-218.
- MACPHAIL, Catherine y CAMPBELL, Catherine (2001). «“I think condoms are good but, aai! I hate those things”: Condom use among adolescents and young people in a Southern African township». *Social Science and Medicine*, 52 (11), 1613-1627.
- MADUNAGU, Bener E. (2001). «Women's Alternatives in the New Era». *Politica Internazionale*. January-April, 63-69.
- MACCRACKEN, John (2012). *A History of Malawi 1859-1966*. New York: James Currey.
- MORRIS, Brian (2011). «Medical herbalism in Malawi». *Anthropology and Medicine*, 18 (2), 245-255.
- MÉDICOS SIN FRONTERAS (2017). Disponible en: <<https://www.msf.mx/country-region/malawi>>.
- MUNTHALI, Alister y ZULU, Eliya (2007). «The timing and role of initiation rites in preparing young people for adolescence and responsible sexual and reproductive behaviour in Malawi». *African Journal for Reproductive Health*, 11 (3), 150-167.

- NATIONAL STATISTICS OFFICE (NSO) and ICF (2017). *Malawi Demographic and Health Survey 2015-2016*. Zomba, Malawi/Rockville, Maryland, USA. NSO/ICF.
- NTUKULA, Mary (1994). «The initiation rite». En Zubeda TUMBO-MASABO y Rita LILJESTRÖM (eds). *Chelewa, Chelewa. The Dilemma of Teenage Girls* (pp. 96-115). Sweden: Scandinavian Institute of African Studies.
- NYANGONDWE, Rachel (2005). *Coming of Age*. Malawi: Kachere Series.
- ONUSIDA (2000). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida*.
- ONUSIDA (2013). *Informe mundial sobre la epidemia mundial de sida 2013*.
- OTOSSON, Daniel (2017). *Homofobia de Estado. Un Estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas*. Informe inédito. ILGA. Asociación Internacional de lesbianas y gays. Disponible en: <<http://ilga.orges/informe-homofobia-estado>>.
- PAGE, Samantha (2014). «Narratives of Blame» *HIV/AIDS and Harmful Cultural Practices in Malawi: Implications for Policies and Programmes*. Tesis doctoral. Tony Chafer, Saseendran Pallikadavath y Tamsin Bradley, directores de la tesis. Portsmouth: Universidad de Portsmouth. Departamento de Filosofía.
- PARIENTI, Jean J. (2014). «The case of adherence in the youth: Rebel without a cause?» *AIDS*, 28 (13), 1983-1985. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000317>.
- POKU, Nana (2001). «Africa's AIDS crisis in context: "how the poor are dying"». *Third World Quarterly*, 22 (2), 191-204.
- POULIN, Michelle (2007). «Sex, Money and Premarital Relationships in Southern Malawi». *Social Science & Medicine*, 65 (11), 2383-2393. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.030.
- POWERS, Kimberly A.; POOLE, Charles; PETTIFOR, Audrey y COHEN, Myron S. (2008). «Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis». *The Lancet Infectious Diseases*, (8), 553-563.
- RANKIN, Sally; JONG, SoSon; MATOVU, Schola; YOUNG, Sharon y LINDGREN, Teri (2016). «Sources of Social Capital for Malawi People Living With HIV». *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-10. doi: 10.1177/2333393616676432.

- RECORD, Richard; KUMAR, Praveen y KANDOOLE, Priscilla (2018). *From Falling Behind to Catching Up A Country Economic Memorandum for Malawi*. Washington, DC: The World Bank.
- SANCHIZ, Pilar (1995). «Poder de la palabra y eficacia de los objetos. Pentecostalismo y “costumbre” en Guatemala». *Iglesias, pueblos y culturas*, 36, 43-69.
- SCHATZ, Enid (2005). «Take your mat and go!: Rural Malawian women's strategies in the HIV/AIDS era». *Culture, Health and Sexuality*, 7 (5), 479-492.
- SHORTER, Aylward (1998). *Celibacy and African Culture*. Kenya: Franciscan Kolbe Press.
- TABATABAI, Julia; NAMAKHOMA, Ireen; TWEYA, Hannock; PHIRI, Sam; SCHNITZLER, Paul y NEUHANN, Florian (2014). «Understanding reasons for treatment interruption amongst patients on antiretroviral therapy. A qualitative study at the Lighthouse Clinic, Lilngwe, Malawi». *Global Health Action*. doi: <https://doi.org/103402/gha.v7.24795>.
- TAWFIK, Linda y WATKINS, Susan (2007). «Sex in Geneva, sex in Lilongwe, and sex in Balaka». *Social Science and Medicine*, 64 (5), 1090-1101.
- TUMBO-MASABO, Zubeida (1994). «Too little too late. En Zubeida TUMBO-MASABO y Rita LILJESTRÖM (eds). *Chelewa, Chelewa. The Dilemma of Teenage Girls* (pp. 150-169). Sweden: Scandinavian Institute of African Studies.
- UNAIDS (2016). *Country fact sheets Malawi*. Disponible en: <<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/malawi>>.
- UNAIDS (2017). *Unaids data. Global Report*. Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720>.
- VAN DEN BORNE, Francine (2005). *Trying to survive in times of poverty and AIDS. Women and multiple partners sex in Malawi*. Publicado en la serie: Health, Culture and Society: Studies in Medical Anthropology and Sociology. Editores: Els van Dongen, Ssjaak van der Geest y Paul ten Have. Amsterdam.
- VERHEIJEN, Janneke (2011). «Complexities of the “transactional sex” model: non-providing men, self-providing women, and HIV risk in rural Malawi». *Annals of Anthropological Practice*, 35, 116-131. doi: 10.1111/j.2153-9588.2011.01070.

Walther, Selma (2017). «Moral hazard in marriage: the use of domestic labor as an incentive device». *Review of Economics of the Household*, 15 (2), 357-382.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). Disponible en: <<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/malawi-who-country-office-2015-annual-report.pdf>>

World Population Prospect 2015.

ZOLOWERE, D.; MANDA, K.; PANULO, B. y MUULA, A. S. (2008). «Experiences of self-disclosure among tuberculosis patients in rural Southern Malawi». *Rural and remote health*, 8 (4), 1-9.

Anexos

Noticias de prensa local

THE NATION
FRIDAY, 27 OCTOBER 2017

BUSINESS NEWS 15

Maybe electricity is a luxurious product

Scholar Lewis had his take on stages of development or better, growth. The statistics are however very worrying and do not paint that picture any dreamer wishes for. Neither do sentiments nor the psyche give you a feeling that the conditions of a take-off are close by. The only positive thing one feels is that we have known no war but the annoying part is the inability to build prosperity on a foundation solid in peace. Ironically, war torn countries have moved on and their progression to prosperity is enviable. What is it that other countries do right? Or what wrong is it that we do?

Trending now is electricity cuts with 15 hours without power supply. This is a not new development but it has become the norm. Some big finance head honcho spoke of the May economic miracle where all of us would be clapping hands. Being a land awash with prophets, you cannot fault his thinking.

We are all hoping for one to restore power. I think the surprise visit by the head of State to the Escom board meeting is the beginning of such miracles. It has never happened before.

I do not think we should be hiring world class physicists or rocket scientists to help us crack the puzzle that our nation appears eternally entangled in. The finger loves to point at the politician, but I reckon, that most of us bear the blame somehow. Though not directly linked, a collection of individual personal decisions culminate into what becomes a national whole. All I am saying is maybe as individuals we are not doing enough. Maybe all of us thrive in a short-term culture. Worse still with a papa tonola sudzwa mimba vamoto mentality. Who would want to invest in a power plant that cost billions when they can buy generators and quick fix? Everyone is stuck with a short-term mentality.

BUSINESS INTELLIGENCE

WITH ALICK NYASULU

Yet electricity tariffs keep rising every year. To those tasked with selling this country as an investment destination, it is a stab in the back. Businesses and would be investors rate this as a cost anywhere. Something like this adds into the cost of doing business in an environment saturated with chronic inflation. Prices or tariffs should rise once in a while but there should be a strategy. If I was manning the water boards of this country or running the ministry responsible for rainfall and rivers, I would take notice that our population is rising. Similarly, if I was in charge of generating electricity I would take the same cognisance.

This way, I would do a great favour to the guys tasked with selling this country as investment destination. By recognising that Malawi has close to 3 million households, with an average household size of 6, I would do my maths and think of how many megawatts need to be generated at a minimum for each home to have electricity. I would also pay attention to the current power needs for businesses. I would do similar maths if I was I needed to think of water needs for all households and businesses. That way, I would not focus my business strategy on raising tariffs to pay bonuses that my staff require at the end of each year.

Maybe I am being simplistic, but great ideas begin with crafting a basic model. Otherwise, I don't envy the job of the Malawi Investment Centre. It requires one to master the art of mumbling if confronted by obvious questions from would be investors on reliability of utilities such as water and electricity. In the business world, there is no mumbing. The language is so blunt, straight simply because entrepreneurs would be investors on take huge risks on their investment. For sure, the risk they take is never lack of water or electricity to run a machine, but something else. You can call it basics of investment promotion. It is not surprising that investors sometimes flock to countries that appear very volatile and less peaceful than ours.

Investing in huge power plants with a 100 million population of Malawi in mind should be our pre-occupation. The billions going into Tiso and these maata stuff should be channelled to key infrastructure. Maybe electricity is a luxurious product.

As we match on and really try to crack the puzzle I am still trying to fizzle the puzzle. Simple and blind decisions to start building our generating capacity beyond at multiple factors of current demand oriented at future generations should underpin our minds to strategic investment in public infrastructure. While utilities was a classic case, we can replicate other sectors such as hospitals, universities and roads that are failing to cope with our rising population.

Otherwise, the mumbing makes the business of investment promotion a hard one. Can we be fair to these guys for once? Maybe electricity is a luxury product and Malawians should focus on essential products. ■

Feedback: anyasulu@yahoo.com

Artículo sobre los problemas que generan los cortes diarios de suministro eléctrico.

18 **OPINION**
WEDNESDAY, 26 OCTOBER 2013

My Turn

ALLEN TRENCH
KAOMBE

The author is Malawi Blood Transfusion Service (MBTS) public relations manager.

Consequences of bloodsucking rumours

Unchecked, widespread rumours of bloodsucking may spread beyond the affected southern part of the country.

In fact, they have already leapt from Mulanje, Phalombe, Chiradzulu and Nsanje to the City of Blantyre.

If entrenched, the country should brace for multi-faceted, negative consequences on the gains Malawi has on voluntary blood donation since the establishment of Malawi Blood Transfusion Service in 2003.

Voluntary blood donation began in 2004, starting with Blantyre as the first branch of MBTS. The critical tasks included establishing operational relationships with various stakeholders and collecting blood.

Relationships were created with leadership from places of work and worship, colleges and secondary schools, health surveillance assistants, traditional leaders, information officers, non-governmental organisations with grassroots structures.

The majority of our population is based in the rural areas and this is also where more blood is collected. The rural areas are places where more efforts were being directed to entrench the importance of voluntary non-remunerated blood donation.

After almost 14 years of advocating for voluntary blood donation, the myths of bloodsucking arise and threaten to erode the gains Malawi has made in blood donation.

The country began with 5000 units of blood in 2004 and now collects 60 000 units annually, a significant feat. The gain is obvious.

Do we want to lose such gains in times when, strategically, voluntary blood donation is being targeted at rural areas?

No!

We as a country cannot afford to do that because of mere rumours of bloodsucking.

For blood donation activity to happen, various stakeholders take part. It depends on the area or institution.

When visiting a traditional authority, we start with a meeting with the area development committees (ADC), sensitising them to voluntary blood donation. The meeting draws hospital officials from health promotion, laboratory, health surveillance assistants and ADC members headed by the traditional

supposed to incite the spirit of voluntary blood donation.

With the rumoured bloodsucking, the traditional authorities are now being targeted. They are living in fear. If those peddling these unsettling rumours are beating and killing chiefs, what more and killing chiefs, what more

hospital personnel, MBTS staff, ADC members and other stakeholders? These rumours surely can take us backwards.

As for schools in rural areas, just like in towns, head teachers and patrons are in the forefront advocating for blood donation.

They even help motivate pupils to donate blood, sometimes citing cases whereby they were assisted amid blood shortage at the hospital.

How can they now encourage pupils to donate blood?

The mere mention of 'blood donation' leaves one being beaten or torched to death as a suspected bloodsucker.

So far, nine people have been killed by the rumour mongers.

But figures illustrate what we are about to face if this bizarre story of vampires not checked.

In July, August and September last year, MB collected 6 600 units of blood in southern parts of Malawi.

By contrast, only around 4600 units of whole blood have been collected in the same period, a drop of 30 percent.

The figures are obvious. In the same period, MB visited 277 sites in Southern Region this year versus 293 in 2012.

The number of sites visited is almost the same, but what has happened to the number of units of blood?

The drop is worrisome.

The ultimate losers are patients who need blood transfusion in the hospital.

Are we going to allow the rumours erode our progress and put patients' lives at risk?

The country cannot afford this.

Let's work together to enhance the gains we have made in as far as voluntary blood donation is concerned.

The ultimate losers are patients who need blood transfusion in hospitals

La muerte de nueve personas en distritos cercanos a la ciudad de Blantyre desató los rumores de «vampirismo», que decretaron el estado de excepción durante algunos días en la ciudad.

Teen mother dreams bigger

Long distance to school continues to be an obstacle for girls in Malawi, writes UNFPA communications officer HENRY CHIMBALI

At 17 years old, Fanny Maseko was forced into marriage to surmount extreme poverty. Her marriage was officiated in 2012, influenced by her parents who were struggling to meet her needs. "I got married while in Standard Seven due to pressure from my parents," she explains.

Fanny's husband fixed bicycles for a living and they had a son together. She did not know his age, but he might have been twice her age as she assumes he was around 31 years old.

Physical abuse

Contrary to her expectations of a lovely married life, she endured financial hardships and constant physical abuse from her husband.

"When I got married, I didn't know the value of education. I thought marriage would address my problems, but I was disappointed. My dream for a happy marriage wasn't fulfilled," she states.

Fanny's marriage was tough and her husband did not do much to improve their living standards.

As a result, she had to take up some piece-work just to feed the family, but he would steal some of the money for drinking sprees.

"Every time I spoke out against this behaviour, a beating would follow," narrates Fanny.

Consequently, she started hiding the money or take it to her mother for safe keeping.

Back to school

Like many other girls in Senior Chief Kachindamoto who were confined to child marriage, a member of mother group in Fanny's area rescued her from her depressing situation.

When the woman visited her, Fanny had to decide whether to return to school.

"I was persuaded by a woman from a mother group in our area to go back to school. By then, I had realised that education was

Fanny believes educating girls is more beneficial than forcing them into marriage

my only escape route from poverty," she explains.

Realising that marriage brought her nothing worthwhile to her life at such a young age, Fanny went back to school and her marriage of two years ended.

"My life is better now that I am back in my mother's house. I am enjoying this new lease of life," says the girl who learns at Ntaka-taka Community Day Secondary School.

But her return to school came with its downsides.

Fanny was occasionally teased about being a mother, but she did not let it get to her.

She enjoys being in class and her favourite subjects are Biology, Mathematics, Physics and Chicheva.

The girl harbours strong ambitions to become a doctor when she completes school.

Since going back to school, Fanny endures incredibly long walks to school every morning. It takes her hours to walk to get there, and she walks as

Terminator of child marriages: Kachindamoto

much when she knocks off. This ultimately affects her ability to take part in some morning lessons.

"Sometimes I miss out on lessons and have to catch up because I arrive late at school," she explains.

While she is determined to complete secondary education regardless of what life throws her way, she

Fanny: I wish we had boarding facilities

requires a few necessities to overcome everyday challenges that she endures.

"I wish we had a boarding facility to overcome the long walks. Besides, most girls and I do not have school uniforms, school bags, calculator and household needs," explains Fanny.

Child marriage

Like most of her peers whose marriages were annulled, Fanny disapproves of child marriage.

She is grateful to Chief Kachindamoto for her work in saving girls from marriage and empowering numerous young girls like herself.

"There were a lot of child marriages happening in our area and it had become

part of the norm, which is something I detest wholesomely," she recalls discontentedly.

With Chief Kachindamoto's proclamation to end all child marriages, Fanny now looks forward to the future with hope because she is back in school and her goal is to stay in school.

To Fanny, it is essential for girls to stay in school and complete their education. She says: "I believe that girls' education is important as an educated girl benefits the nation."

She encourages other girls not to stop rushing into marriage as an escape from poverty.

"Being uneducated means your husband would have an advantage in the marriage. But an educated wife would not go through the ill treatment sort that I went through," she says. ■

The series of untold stories of girls like Fanny will be launched on Friday at Crossroads Hotel in Lilongwe.

Madres adolescentes.

THURSDAY, 2 NOVEMBER 2017

DEVELOPMENT 21

'Uncle sold me for groceries'

SUGZO CHITETE
News Analyst

Malawi has the 17th highest rate of child marriage globally, with the recent Malawi Demographic and Health Survey showing that 47 in 100 women marry before their 18th birthday.

These are alarming statistics, but not many people were startled until Tamanda Chimombo, 23, put an emotional human face to the figures in her talk at a conference on how to end child marriage.

At 12, the 16th child in a family of 19 was forced to marry a man "the age of her father".

"I was staying with my uncle who used to send me to a shop to get some household items on credit almost every day. The shop owner said he liked me so much, but I didn't know why," she narrates.

As a Standard Seven at Ligowe Primary School in Neno, Tamanda became a shopkeeper as her uncle said the businessperson needed an extra hand.

"I was excited to give a hand to Mr Chisale. Later, my uncle told me to move to the

PHOTOGRAPH: SUGZO CHITETE

Chikumbu sharing a point with Tamanda at the gender policy dialogue last week

shopkeeper's home," she explains.

The shock

Ngoni girls are taught to respect elders. For a month, she combined household chores and shop-keeping.

Tamanda says she

usually got disturbed when onlookers started calling her a wife of the married shop owner.

Tearfully, she recalls: "The major shock came in the second month when Mr Chisale openly told me I was his wife and that I owed him a

baby. I wept and fled back to my uncle," she recalls.

"Unfortunately, he shouted at me, asking why I was running away from my husband. Angrily, he disclosed offering me to marry Mr Chisale in exchange for the items I got from the

shop because he could not pay back."

Without choice, the minor stayed with the elderly husband for three months as she waited to go into Standard 8.

The escape

Guided by a well-wisher who advised her about the importance of education, Tamanda terminated the polygamous marriage and reported the matter to Neno District Welfare. The man was arrested and later convicted of marrying a minor.

The girl, who sought refuge in her grandmother's home and went back to school, was scorned by her peers and adults for escaping from marriage.

"The insults made me work harder in school to show them that there is a brighter future beyond marriage," she says.

A year after breaking free, Tamanda was the only student at Ligowe selected to a national institution—Blantyre Secondary School.

Today, she holds a diploma in human

resource management. While working as signal monitoring officer at the Malawi Digital Broadcasting Network Limited in Lilongwe, she is studying for a degree in business administration at DMI University in Mangochi.

Policy dialogue

"We need to reach out to girls to know that they are not equal to marriage, but destined for greater things. If girls are empowered, it will be difficult to lure them into marriage," she says.

Senior Chief Chikumbu of Mulanje asks traditional leaders to ensure no parent forces or allows a minor to marry. She wants community leaders to take action and report child marriages in line with the Marriage Act and by-laws which outlaw marriages involving girls below 18.

"We are sometimes let down by the police and courts which leave some perpetrators scot free," says Chikumbu.

Concurring, gender activist Emma Kaliya calls for concerted efforts by organisations to avoid duplicating and concentrating interventions in one area while other localities remain unreached.

"We need to reach out to all areas. Child marriage is an issue and we need more advocacy to protect the rights and well-being of girls," she says.

Minister of Gender, Children, Disability and Social Welfare Jean Kalilani says government will intensify the push to ensure every girl learns and achieves her potential.

"This is more the reason we have the re-admission policy," she says. "Girls must go back to school after dropping out due to marriage or teen pregnancy."

According to the World Bank, only 27 percent of girls in the country enroll in secondary school. The majority are not in school and susceptible to early marriage. ■

El drama de los matrimonios forzados.

THE NATION

POLITICAL INDEX

GOVERNANCE

WEDNESDAY, 18 OCTOBER 2017

Dwangwa

To advertise & Subscribe call our direct agent

Emmanuel Nyawira

0994 716 835
0884 007 957

IF I WERE

WITH GABRY CHIRWA

Peter Mutharika

President of the Republic of Malawi and governing Democratic Progressive Party (DPP) leader, I would not proclaim that only constituencies with DPP parliamentarians are assured of development projects as I did in my speech during campaign rallies in Lilongwe Mezi North and Lilongwe City South East constituencies recently.

If I were APM, I would realise that I am the Head of State and Government who is supposed to serve all Malawians indiscriminately and without favour regardless of political affiliation.

Oh yes, Your Excellency, I would realise that the country is not owned by DPP and it is an insult to Malawians who elected multiparty politics in June 1993, when I was vouching in comfort overseas, to declare that only members of parliament (MPs) will get development.

How I wish I were APM, my President, because I would realise that development is initiated using taxpayers' money and donor funds, not DPP coffers. Every constituency is entitled to development.

If I were the law professor, I would realise that favouritism goes against the principle of equality stipulated in Section 20 of the Constitution.

That is if I were APM, the President of the Republic of Malawi and the governing DPP. Chula m'mwambal! Tamuna ezi! *

Feedback:
garychirwa@gmail.com

APM ADVISER SPEAKS ON ABORTION DEBATE

A recent study by gynecologists at the College of Medicine and US-based Guttmacher Institute shows almost 141 000 pregnancies in 2015 ended in clandestine abortions. Unsafe abortions claim lives of up to 18 in every 100 Malawian women who die of pregnancy-related complications. Our Features Editor JAMES CHAVULA asks presidential adviser on non-governmental organisations (NGOs) Mavuto Bamusi what President Peter Mutharika makes of the silent killer and a contentious path to relax the country's abortion laws.

Q1: Women are dying while terminating pregnancies clandestinely although the Penal Code outlaws abortion except when a woman's life is in danger. As presidential adviser, what do you make of this irony?

A1: The direction that government is taking is that we must scale up initiatives on issues of maternal health. You know we are coming out of a situation where Malawi has been losing a lot of women due to unsafe abortions and associated complications during pregnancy. So, the role of the civil society organisations is to work hand in hand with government in making sure that we do not lose mothers and women due to pregnancy complications. This is what even President Peter Mutharika has been repeating time and again that we must no longer lose women, that we must continue to safeguard the life of women and that maternal health should be improved. The same issue has been embraced by the First Lady Gertrude Mutharika. As an active member of Organisation of African First Ladies (Oafla) on HIV and Aids, her responsibility also extends to preventing

needlessly. At the same time, we have the civil society and system that does not condone unsafe abortion. We have a society that promotes rights of women and good health for mothers and women during delivery. Now the fundamental role that civil society has is to hold hands with government and ensure these aspirations are met. The civil society organisations and non-governmental organisations have responsibility to engage in dialogue with the Ministry of Health and other stakeholders. So the civil society is the driving force in this issue of abortion. But at the end of the day, we must all make sure that the right to life, which is a fundamental right in the Constitution of Malawi, is protected. The third responsibility that civil society has is to conduct research and also disseminate proper and right information in as far as the issue of abortion is concerned.

Q3: government taking following recommendations from the Special Law Commission on Review of Abortion Laws in 2015?

A3: The direction government is taking in view of the recommendations from Malawi Law Commission is that the law on termination

Q2: What is the first couple's position on the push to relax the country's restrictive abortion laws?

A2: We have to strike a balance. Government has an obligation to ensure that rights of children are safeguarded and that women do not die

Bamusi: We have to strike a balance

PHOTOGRAPH BY JAMES CHAVULA

El aborto empieza a debatirse públicamente tras la denuncia de 141.000 abortos clandestinos que provocan la muerte de numerosas mujeres.

La Asociación de Personas con Albinismo en Malawi (APAM) es una ONG que representa a las personas con albinismo en Malawi desde 1996. Denuncia en este comunicado la muerte de nueve personas, supuestamente *blood-suckers*, condenando también estas prácticas. Desde 2014, esta organización ha denunciado 111 casos de abducción o asesinato de albinos en Malawi.

THE NATION
FRIDAY, 27 OCTOBER 2017

DEVELOPMENT 37

Safe space for key population

JAMES CHAVULA
STAFF WRITER

Time was when all the talk about HIV and Aids in Malawi had to do with men having sex with women. Then, all change agents were worried about this majority.

No longer. Discreet actors are making inroads to bring vital sexual health services to men having sex with men (MSM).

The National Aids Strategy ranks this sexual minority among highly at-risk populations—almost 19 times more likely to catch or spread the virus.

And the so-called straight majority is not exempted from the risky sex web as most homosexual men maintain sexual ties with women to conform to norms which despise same-sex relationships.

New road In Mzuzu, a new tarmac splits Luwingu Industrial Zone and Area 1B. In a high fence by the road is a drop-in centre where six men were seen playing games, watching television football matches as they shared insights freely.

"It's been a long wait for this road," said Alfred. "Previously, it was long, winding and scary."

The man was not mesmerised about the street.

Rather, he was speaking of the hardship his sexual minority used to endure to access sexual health services.

The 37-year-old, diagnosed with HIV this year, first went for testing in 2009 at Mzuzu Central Hospital (MCH).

He recalled failing to open up about his fears and sexual orientation.

"Then, I was just concerned about my health. But it was difficult to go to a public hospital and clarify your sexual identity. Health workers didn't know anything about MSM. They didn't know we

Alfred speaks of massive change in the way sexual minorities access health services

exist and used to treat us like outcasts. Stigma and discrimination was rampant," he explained.

Entrenched antagonism against the at-risk minority forced him to stop going for testing until this year when he visited Mapale Health Centre and St John's Hospital.

"The difference was massive," he explained. "It was comforting that I was treated with respect in public hospitals to the extent of disclosing my status. Previously, I would have endured unpalatable names," Alfred said.

Centre for Development of People (Cedep) has trained some health workers to treat patients equally regardless of sexual orientation.

For the key population, the search for healthcare services now begins with a smile at Cedep drop-in centre in Area 1B.

The clinic offers lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) clients safe space to be screened for HIV and STIs with maximum confidentiality. No

TOWARDS 90-90-90 BY 2020

queue. No intruders. No stigma.

Inside, a nurse, who has been part of the national response to HIV and Aids for 15 years, sees about five clients a day.

She and a clinician refer some to trusted clinicians at MCH, Mr e St John's, Family Planning Association or a lawi and Mzuzu University Clinic where

some of the trained personnel work.

"We strive to reduce HIV infections among LGBTI people and those who inject themselves. We also strive to ensure everyone living with HIV has an extended life. We are happy the key population feel at home here," she explains.

The drop-in clinic is the epicentre of Linkages, a project bankrolled by

The country has started targeting groups with high HIV prevalence. This is vital in achieving the 90-90-90 goal. The key population has access to testing and referrals for treatment. We conduct follow-ups to ensure they are taking drugs consistently to achieve suppressed viral load. We thank FHI 360. It has opened safe spaces on how we can offer a comprehensive package for MSM.—Cedep executive director Gift Trapence

FHI 360, which puts vital services closer to at-risk, but often excluded minorities.

We have 547 clients, 15 of them were diagnosed with the virus and linked with neighbouring health facilities for treatment.

Our follow-ups show one has stopped taking drugs," said the nurse.

The inroad testifies to the tireless legwork of 19 peer educators tasked

to reach out to 40 clients each. For the past year, nine met the target, five reached 35 each and the rest started late.

The network also includes three peer navigators, people living with HIV who discreetly help fellow members of MSM community live positively.

"The peer navigators know and accept their status. They are expert clients who encourage their colleagues to know their status, take drugs consistently and go for viral load tests every six months," she said.

Four 90s

The strides are part of the country's race towards the 90-90-90 goal.

The global agenda, backed by United Nations, challenges countries to ensure 90 percent of people living with HIV know their status by 2020, 90 percent of those diagnosed with HIV consistently take antiretroviral treatment and 90 percent of those taking ARVs have undetectable viral load by 2020.

"We are racing against the clock to achieve 90-90-90 goals among the MSM community according to the National Aids Strategy. The country cannot achieve the target if the key population is left behind," says the nurse.

The drop-in centres, now in Mzuzu, Lilongwe, Blantyre and Mangochi, also mind a silent 90: prevention.

"We have reached out to almost 631 men having sex with men with preventive measures, including condoms and lubricants."

To Alfred, the clinic is a game changer for the community "dying in silence" due to rampant stigma and discrimination.

He explains: "Without the drop-in centre and its MSM-friendly services it offers, many wouldn't know their status and start ART on time. The number of STIs and Aids-related deaths would be terrific." ■

PHOTOGRAPH BY NATION

A pesar de que la homosexualidad está prohibida en el país, algunas organizaciones empiezan a concienciar a la población del problema del VIH de este colectivo. La apertura de algunos centros privados donde estas personas puedan ser orientadas y tratadas empieza a ser una tímida esperanza para ellas.

Documento facilitado por LMH. *Love-letter* con la que, en LMH, quieren involucrar a los maridos en el proceso de embarazo y parto de la mujer, así como facilitar el tratamiento como pareja.

Material fotográfico

Integrantes del grupo de soporte de HBC, Área 49, esperando y celebrando la llegada de los fertilizantes.

Mlale Hospital.

Condiciones de la vivienda de una de las pacientes.