

Políticas sobre sexualidad

Reportes desde las líneas del frente

Richard Parker, Rosalind Petchesky y Robert Sember
Editores



SEXUALITY
POLICY
WATCH

POLÍTICAS SOBRE SEXUALIDAD

Reportes desde las líneas del frente

RICHARD PARKER • ROSALIND PETCHESKY

ROBERT SEMBER

Editores



Título original: *Sex Politics. Reports from the Front Lines*

Editado en versión electrónica por Richard Parker, Rosalind Petchesky y Robert Sember

D.R. © Sexuality Policy Watch (spw), 2008

Copy Editing: Joan Ross Frankson and Maria Dulce F. Natividad

Graphic Design: Metara Comunicação

(www.estudiometara.com.br)

Support: Ford Foundation, Open Society Institute

De esta edición:

D.R. © Sexuality Policy Watch (spw), 2008

(www.sxpolitics.org)

Fundación Arcoiris por el Respeto a la Diversidad Sexual

(www.fundacionarcoiris.org.mx)

Grupo de Estudios sobre Sexualidad y Sociedad

(www.fundacionarcoiris.org.mx/gesys)

Primera edición en español: julio, 2008

ISBN: 978-970-32-4627-4

Cuidado de la edición y revisión técnica: Gloria Careaga Pérez

Coordinación editorial: Berenise Hernández Alanís

Traducción: Mariana Gumá Montalvo

Diseño de cubierta: Metara Comunicação

Diseño de interiores (basado en la versión en inglés):

Visuãlis/Federico Mozo Macedo

Impreso en México/Printed in Mexico

De la planificación familiar al VIH/SIDA en Vietnam: prioridades que cambian, brechas que permanecen

LE MINH GIANG | NGUYEN THI MAI HUONG



Le Minh Giang

INTRODUCCIÓN

HISTORIA DE UNA CARTELERA

He estado de pie, durante casi veinte años, en medio de un cruceo muy concurrido, frente a un bullicioso mercado en el centro de Hanoi. Las personas que me dieron vida eran del Departamento de Propaganda de la ciudad. Me construyeron con un gran marco de metal, para asegurarse de que la mayoría de los asistentes al mercado pudiera verme. Mi primera representación fue la fotografía de una joven pareja y sus dos encantadores hijos. El esposo, obrero de una fábrica, llevaba puesto su uniforme azul, y la esposa, una maestra, sostenía entre sus manos un par de libros escolares. Sus hijos, un niño y una niña, se veían saludables, incluso un poco rechonchos, y llevaban juguetes y hermosas flores. La familia estaba de pie junto a una linda motocicleta Honda, el sueño de muchas familias de aquella época, y a un letrero que decía: “Deténganse en dos, si quieren criar adecuadamente a sus hijos”.

La gente que pasaba por el lugar me admiraba y por unos cuantos años yo estaba muy orgullosa de mí misma. Luego, de pronto, un día todo cambió; alguien puso una enorme foto de una mujer joven y hermosa, en un edificio justo frente a donde estoy yo. La joven era una cantante famosa y le hacía propaganda al maquillaje favorito del momento. Yo me sentía muy celosa porque aquella foto atraía muchos más espectadores que mi pareja Honda de “ensueño”. Incluso, llegué a pensar en incorporarme a una de las frecuentes protestas en el Departamento de Propaganda. Pero antes de que pudiera hacer algo fui inundada por una multitud de competidores, con más nombres de marcas comerciales de las que podía contar. Era bastante alarmante; la imagen de mi pareja feliz se iba desdibujando y el marco de metal estaba enmoheciendo.

Justo cuando empezaba a sentirme desesperada, algunas personas del Departamento de Propaganda me trajeron una imagen nueva y muy extraña. Tenía palabras tales como “SIDA”, “prostituta”, “drogas” y “males sociales” y unas feas imágenes del ángel de la muerte y una gran jeringuilla. Mi nueva representación atrajo alguna atención al principio, pero, en general, no emocionaba a los espectadores. Unos años después, las personas del Departamento de Propaganda volvieron a visitarme. En esta ocasión traían consigo una imagen mucho más colorida. Los acrónimos “VIH” y “AIDS” han reemplazado a “SIDA”, y los horriblos rostros de la muerte han sido desechados para reemplazarlos por caras sonrientes y personas que se abrazan unas a otras. Mi última representación también tiene palabras extranjeras, como “FHI” y “USAID”, que según me han dicho, son los nombres de mis nuevos patrocinadores.

Esta historia de una típica cartelera en las calles de Hanoi, la capital de Vietnam, ilustra algunos de los temas clave que exploramos en este artículo. En cualquier sociedad, los rostros cambiantes de las vallas públicas, ofrecen a los observadores agudos una sólida perspectiva de los aspectos importantes de la vida social. Para un país como Vietnam, donde el estado controla las imágenes que se exhiben en los espacios públicos, los cambios también les ofrecen a los observadores una visión profunda de los intereses del estado. De esta forma la historia anterior nos dice que en Vietnam, la planificación familiar como prioridad social y de salud durante la década de los ochentas y los noventa, ha cedido el paso desde el año 2000 a un mayor enfoque en el VIH/SIDA. Esta impresión se refuerza cuando tomamos el pulso al sector de salud pública, con sus grandes reuniones de la comunidad, organizadas por el gobierno y las agencias de donadores, y los esfuerzos para involucrar a diferentes organizaciones locales. El aumento de la conciencia con respecto al VIH/SIDA es notable, no tan sólo en la esfera pública, sino también en la vida privada; a comienzos de la década de los noventa, en Vietnam pocas personas habían escuchado hablar de VIH/SIDA (que en aquel entonces se conocía por su acrónimo en francés “SIDA”), ahora, una década después, los acrónimos “HIV” y “AIDS” se han convertido en algo muy familiar para el pueblo vietnamita.

En este artículo tomamos las anteriores observaciones como punto de partida para valorar si ha habido un cambio en las prioridades sociales y de salud desde la planeación familiar al VIH/SIDA, y de ser así, cómo y por qué ha ocurrido este cambio. A nivel mundial, resultan evidentes tanto la disyuntiva entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA, y el hecho de que el VIH/SIDA se ha apoderado de la agenda política y de financiamiento. Un editorial reciente de la revista *Reproductive Health Matters*, resume esta tenden-

cia, subrayando que, aun cuando el VIH/SIDA ha estado entre nosotros por más de dos décadas, “ahora, de pronto, y luego de los cambios dinámicos en el liderazgo político, los ajustes de prioridades, el manejo del poder, y las políticas de financiamiento en los círculos internacionales de salud y desarrollo, se considera de manera generalizada un hecho incuestionable el que, en la competencia mundial por recursos y atención, la salud sexual y reproductiva tiene menos prioridad y ha salido perdiendo frente al SIDA, como si abordar uno de los dos no tuviera conexión alguna con abordar el otro” (Berer, 2003, p. 7). ¿Se tiene conciencia de esta tendencia en Vietnam? De ser así, ¿Cuáles son los factores que han conformado esta tendencia y cual de sus características debería Vietnam tomar en cuenta a la hora de seguir adelante?

A pesar de los signos de que el estrecho enfoque sobre el control de la fertilidad ha dado paso a una agenda más amplia en la salud y los derechos reproductivos y que el VIH/SIDA ha surgido como una nueva prioridad social y de salud pública, nuestros hallazgos demuestran que la planeación familiar sigue siendo relevante para los diferentes actores en el país, tanto como prioridad social como de salud. Entre otras cosas, el estado no ha renunciado a su interés en el control de la fertilidad, que ha sido visto como algo crucial para su proyecto de llevar a Vietnam a la modernidad. Creemos, de manera importante, que este cambio parcial ha señalado más una continuidad que una discontinuidad, en la medida en que algunos temas claves que subrayaban los programas de planificación familiar han continuado apareciendo en los programas de VIH/SIDA. En este artículo, nos enfocamos en dos de estos temas: la falta de organizaciones sólidas de la sociedad civil que propugnen cambios y que no sean aquellas que forman parte del estado y de la comunidad de donantes, y el control de los cuerpos y de la sexualidad de las mujeres, impulsado por el siempre cambiante proyecto de construcción del país, patrocinado por el estado.

DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL VIH/SIDA: ¿HA HABIDO UN CAMBIO EN LAS PRIORIDADES?

EL SURGIMIENTO DEL VIH/SIDA, COMO UNA NUEVA PRIORIDAD
EVIDENTE EN LA COBERTURA DE LOS MEDIOS

En este estudio analizamos la cobertura de la planificación familiar y del VIH/SIDA, durante las últimas décadas en cuatro periódicos nacionales: *Nhan*

Dan y *Phu Nu Viet Nam*, los dos periódicos oficiales del Partido Comunista y la Federación de Mujeres respectivamente y *Thanh Nien* y *Vietnam News*, otros dos periódicos con amplias audiencias nacionales.¹ El análisis demuestra una tendencia ascendente en la cobertura del VIH/SIDA y una correspondiente tendencia descendente en la cobertura de la planificación familiar. En los casos de: *Nhan Dan* y *Phu Nu Viet Nam*, mientras que los artículos sobre planificación familiar aparecieron desde 1963 y los artículos sobre VIH/SIDA lógicamente no aparecieron hasta 1987 (para *Nhan Dan*) y 1988 (para *Phu Nu*), el número de artículos sobre VIH/SIDA ya ha sobrepasado aquellos sobre población y planificación familiar. En el caso de *Nhan Dan*, la planificación familiar dominaba sobre el VIH/SIDA hasta 2002, cuando esta tendencia se revirtió; para 2002 la proporción de artículos sobre VIH/SIDA, con respecto a los de planificación familiar, era de uno a seis. Dos excepciones de esta tendencia en *Nhan Dan* ocurrieron en 1995, cuando se introdujo el Decreto sobre VIH/SIDA y en el año 2003, cuando se aprobó el Decreto de Población. La tendencia descendente en la cobertura de la planificación familiar en *Nhan Dan* comenzó después que se aprobó, en el año 2000, la segunda estrategia nacional sobre población. Para *Phu Nu* la tendencia de retroceso ocurrió mucho antes, en 1997, y para el año 2004, la proporción de artículos sobre VIH/SIDA, sobre aquéllos de planificación familiar, llegó a ser de cinco a tres. Tanto para *Vietnam News*, como para *Thanh Nien*, el número de artículos sobre VIH/SIDA ha sobrepasado a aquéllos sobre población y familia, desde que fueron publicados por primera vez. En 1999, el año que el Comité Nacional de Población y Planificación Familiar (NCPFP) recibió el Premio de Población de Naciones Unidas hubo una excepción, cuando la proporción en *Vietnam News* fue de cero a nueve.² Esta tendencia ascendente en la pro-

¹ Llevamos a cabo análisis de contenido cuantitativo, a través de una minuciosa lectura y codificación de algunos artículos que fueron impresos durante las últimas décadas. Para *Nhan Dan* y *Phu Nu Viet Nam* hicimos este análisis en años seleccionados entre la década de los ochenta y de 1991 a 2004. Para la década de los ochenta, elegimos un año antes y un año después de hechos relevantes en la planificación familiar, incluyendo el establecimiento del NCPFP en 1984 y la introducción, en 1988, de la política de uno-a-dos-hijos, ya que esperábamos que allí habría un aumento de actividades, en la cobertura mediática, en y alrededor, de la época en que se introdujeron esas políticas. Para *Vietnam News* y *Thanh Nien* realizamos el análisis desde el periodo en que fueron publicados por vez primera y hasta el año 2004. Aquí presentaremos los principales resultados de este análisis.

² Aquí debemos hacer una advertencia a la hora de leer la tendencia ascendente en la cobertura mediática sobre el VIH/SIDA. Tanto para *Nhan Dan* como para *Phu Nu*, si bien informan acerca de las políticas o la implementación de políticas relacionadas de las que

porción de cobertura del VIH/SIDA por encima de la planificación familiar debe ser comparada también con la tendencia descendente en la cobertura de la planificación familiar.

Nuestro análisis muestra que aunque ha aumentado el número de artículos sobre temas de salud reproductiva que no sean sobre HIV/SIDA y planificación familiar, esta tendencia ascendente ha sido lenta, en comparación con la creciente cobertura del VIH/SIDA. En el caso de *Nhan Dan* y *Vietnam News*, el número de artículos sobre salud reproductiva no ha alcanzado ja-

se da cuenta en la mayor parte de los artículos sobre población y planificación familiar (55% para *Nhan Dan* y 36% para *Phu Nu*), no lo hacen de la misma forma en el caso del VIH/SIDA (30% para *Nhan Dan* y 7% para *Phu Nu*). Esto corresponde a la preponderancia de artículos que informaban acerca de estadísticas o situación del VIH/SIDA (61% para *Nhan Dan* y 67% para *Phu Nu*). Vale la pena subrayar que algunas de las primeras políticas sobre VIH/SIDA fueron introducidas alrededor de la misma época en que las principales políticas sobre planificación familiar fueron implementadas en serio. No obstante, estas políticas sobre VIH/SIDA no recibieron tanta atención como las políticas de planificación familiar. A través de los años, los análisis acerca de las tendencias en los diferentes tipos de artículos, mostraron aún más que, aunque los artículos acerca de la implementación de las políticas del VIH/SIDA han aumentado en años recientes, en el transcurso de los años el número total de artículos no se ha equiparado con aquellos sobre planificación familiar. Tanto para *Vietnam News*, como para *Thanh Nien*, el número de artículos que informan sobre estadísticas y situaciones ha sido siempre más alto que aquellos sobre la implementación de las políticas, sin importar si el tema es VIH/SIDA, o planificación familiar. La diferencia entre *Nhan Dan* y *Phu Nu* versus *Vietnam News* y *Thanh Nien*, podría reflejar el hecho de que los últimos dos se dedicaban más a informar noticias, mientras que *Nhan Dan* y *Phu Nu* cumpliendo su labor como los principales periódicos del estado y de una organización de masas dirigida por el gobierno, se dedican más a informar acerca de las políticas y la implementación de éstas. De hecho, *Nhan Dan* y *Phu Nu* han sido bastante receptivos a los cambios sustanciales en las políticas domésticas. Por ejemplo, en el caso de *Nhan Dan*, el número de artículos sobre planificación familiar, aumentó en 1987 y en 1988, cuando fue introducida la política de “de uno-a-dos” hijos; en 1992, 1993 y 1994, cuando fueron aprobadas la Resolución No. 4 y la primera estrategia nacional sobre población; en 1997 cuando el Primer Ministro emitió la Directiva 37/CT-TTg, para acelerar el ritmo de la planificación familiar en Vietnam y aprobó el Día de la Población de Vietnam (26 de diciembre); y en 2000 y 2003 cuando fueron aprobadas la segunda estrategia nacional de población y la Ordenanza de Población, respectivamente. En 1995, la cobertura del VIH/SIDA en *Nhan Dan* aumentó significativamente, cuando se aprobó la Ordenanza sobre VIH/SIDA; en 1997 y 1998 cuando el gobierno introdujo Decisión 1122/QĐ-TTg, que determinaba la estructura de las oficinas de VIH/SIDA desde el nivel nacional a los niveles locales; en 2001 luego del establecimiento del Comité Nacional de Previsión y Control del VIH/SIDA, la Drogadicción y la Prostitución, y en 2004 saltó al nivel más alto, cuando se aprobó la estrategia nacional para el VIH/SIDA.

más ni la mitad siquiera del número de artículos sobre VIH/SIDA, y el número de artículos sobre salud reproductiva fue siempre menor que aquellos sobre planificación familiar. Tanto en el caso de *Phu Un*, como en el de *Than Nien*, ha sido mejor porque hubo unos cuantos años en los que la proporción de artículos sobre salud reproductiva, con respecto a aquéllos de VIH/SIDA, fue ascendente de cero a cinco. En el caso de *Phu Nu*, esta proporción alcanzó uno a dos en 2000, antes de que comenzara a disminuir en los años siguientes. En *Thanh Nien*, la cobertura de los temas de salud reproductiva, especialmente de embarazo adolescente y aborto, ha sido siempre mayor que la cobertura de la planificación familiar. En *Phu Nu* y *Thanh Nien*, el nivel más alto de cobertura de los temas de salud reproductiva, que no sean VIH/SIDA y planificación familiar, podría reflejar la naturaleza sensible de estos dos periódicos hacia las verdaderas necesidades de sus lectores.

EL NIVEL CAMBIANTE DE FONDOS PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y VIH/SIDA

1) Entre 1999 y 2005 (cuadro 1), los datos relativos al financiamiento para el programa de población y planificación familiar demuestran que, tanto la inversión per capita, como la porción de inversión por parte del gobierno central, han disminuido como porcentaje del PIB. Aún cuando el valor absoluto del financiamiento del gobierno central parece aumentar a través de los años, estos aumentos han compensado principalmente una reducción similar de los préstamos internacionales. Además, la participación de subsidios internacionales, principalmente provenientes del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) y otras fuentes bilaterales, ha representado un porcentaje de inversión en planificación familiar, relativamente pequeño. Aunque el financiamiento total de UNFPA ha sido consistente a lo largo de los dos ciclos pasados de programas de cuatro años, (con alrededor de US\$20 millones por cada ciclo) este financiamiento ha sido cada vez más desviado a otras actividades de salud reproductiva, incluyendo el VIH/SIDA. Además, desde mediados de la década de los noventa, prestamistas internacionales, como el Banco Mundial y el Banco de Desarrollo Asiático, han superado a UNFPA como el principal donante en población y planificación familiar (Reynolds *et al.*, 2000).

Los datos sobre financiamiento para el VIH/SIDA son limitados y existen muchas dificultades para calcular el nivel de gastos. Una de las razones de esto es que el Ministerio de Salud no tiene acceso a las cifras por concepto de fi-

CUADRO 1: FINANCIAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE POBLACIÓN Y PLANEACIÓN FAMILIAR 1999-2005 (MILLÓN VN\$)

<i>Fuentes de financiamiento</i>	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gobierno central	245 000	255 000	236 000	267 000	290 000	320 000	400 000
Porcentaje del PIB	0.61	0.58	0.49	0.50	0.47	0.45	n/a
Gobiernos locales	28 087	24 658	18 788	19 891	18 664	19 288	n/a
Préstamos internacionales	230 000	200 000	158 000	157 500	135 000	0	0
Subsidios internacionales	25 000	25 000	25 000	20 000	20 000	118 000	42 000
<i>Total</i>	528 087	504 658	437 788	464 391	465 728	462 458	442 000
Población (millón)	76 597	77 635	78 911	79 720	80 755	81 785	–
Inversión per cápita (US\$)	0.49	0.45	0.38	0.38	0.37	0.36	–

Notas: La inversión per cápita ha sido calculada según la tasa de cambio promedio del año correspondiente. El porcentaje de PIB ha sido calculado en base al PIB al precio actual (Banco Mundial 2006 Cuadro 2.1).

FUENTE: VCPFC.

nanciamiento internacional, sacado directamente para proyectos locales en más de 50 provincias, de las 64 que tiene Vietnam. Además, muchos donantes tienden a dar un total general de subsidios desembolsados, sin especificar una cantidad específica por país. Sin embargo, existe evidencia suficiente para demostrar que, en Vietnam, la cantidad de dinero invertida en VIH/SIDA se ha elevado fuertemente en los últimos años. Entre 1995 y 2000, el financiamiento central del gobierno para las actividades del VIH/SIDA, aumentó de VND 40 000 millones a VND 60 000 millones, con un promedio de VND 5 mil millones añadidos cada año (San *et al.*, 2002) El nivel de inversión en 2000 no cambió hasta 2004, cuando el gobierno aumentó su inversión a VND 80 mil millones (aproximadamente US\$5.1 millones).

En términos de donantes internacionales, PNUD estimó que la inversión total en el periodo entre 2000 y 2005 fue de alrededor de US\$70 millones, casi cuatro veces más alta que la inversión hecha por el gobierno durante el mismo periodo (PNUD, 2004). Esto se refleja en los estimados del Ministerio de Salud, los cuales muestran que la inversión per cápita, hecha por el gobierno, fue de alrededor de US\$.04 millones en 2003 y US\$.06 millones en 2004 y 2005, mientras que la inversión per cápita tanto de fuentes gubernamentales como internacionales fue de US\$.14 millones en 2003, elevándose a US\$.24 millones en 2004 y 2005 (Vietnam, 2006). El aumento en 2004 y 2005 puede ser atribuido a varios nuevos donantes importantes, incluyendo al Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (US\$12 millones por un programa de dos años), PEPFAR, el Plan de Ayuda para el alivio del SIDA del Presidente de EE.UU.,³ (US\$17 millones en 2004 y US\$27 millones en 2005), el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DfID) y el Gobierno de Noruega (US\$24 millones por un programa de cinco años, que dio comienzo en 2003) y el Banco Mundial (US\$35 millones de dólares para un programa de cinco años que inició en 2005). Hasta ahora, todo el financiamiento mundial para el VIH/SIDA ha sido en forma de subsidios.

Durante el periodo entre 1996 y 2000, el financiamiento internacional sólo representaba alrededor del 25 por ciento del total de recursos financieros, comparado con el 60 por ciento del financiamiento del gobierno central (San *et al.*, 2002). Para 2003, sin embargo, el financiamiento de donantes internacionales para combatir el VIH/SIDA había sobrepasado el financiamiento del gobierno central, y el aumento de fondos internacionales era desproporcionadamente más elevado que el aumento en la inversión del gobierno. Esto es bastante diferente del caso de la planeación familiar donde, al menos desde 1999, el financiamiento del gobierno central ha sido siempre más elevado que el financiamiento internacional. Esta diferencia en las tendencias de los fondos para VIH/SIDA y planificación familiar en Vietnam, refleja la situación global en la que los fondos para VIH/SIDA han sobrepasado el financiamiento para población y planificación familiar. Resulta importante subrayar, a la luz de la sección siguiente donde examinaremos las cambiantes

³ Para otras referencias de PEPFAR, ver también en esta publicación: Ramasubban, R., *Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: una historia de resistencia a la Ley Antisodomitia en la India*, pp. 99-138; Beresford, B., Sember, R., y Schneider, H., *La autoridad constitucional y sus limitaciones: las políticas de sexualidad en Sudáfrica*, pp. 221-273.

respuestas del estado hacia el VIH/SIDA, el papel que juegan los donantes internacionales al compartir la carga que representa el financiamiento para combatir el VIH/SIDA.

LA HISTORIA DEL “AUMENTO REPENTINO DE POBLACIÓN” O EL RESURGIMIENTO DEL INTERÉS EN EL CONTROL DE LA POBLACIÓN⁴

La evidencia presentada anteriormente parecería sugerir que la planificación familiar y el control de población han sido llevados a un segundo plano, cuando se trata de los intereses del estado. De hecho, este no es el caso. Desde mediados de 2004, en los principales periódicos, apareció una oleada de artículos informando acerca de lo que ellos llamaban “un aumento repentino de población”, que habría iniciado en 2003 y continuaba a lo largo de los primeros meses de 2004. Estos artículos citaban el aumento de la tasa de crecimiento de la población en 2003 (según se informó, el 1.47%) comparada con las tasas de 2002 (1.35%) y de 2001 (1.32%), y el cada vez mayor número de parejas que optaban por tener un tercer hijo. Peor aún, de acuerdo a estos informes de los medios de comunicación, los funcionarios del gobierno y los miembros del Partido Comunista, representaban un porcentaje significativo de aquellos que tuvieron un tercer hijo en 2003 y 2004 y estaban, por lo tanto, poniendo un mal ejemplo. En el periódico *Lao Dong*, un artículo en especial, informaba de manera sarcástica que el Comité Vietnamita para la Población, la Familia y los Hijos (VCPFC por sus siglas en inglés), temía un “quiebre de planificación) (*vo ke hoach*), haciendo referencia a la política nacional de “dos-niños-por-pareja”⁵ *Vietnam News*, el principal periódico en inglés del país, presentó un artículo titulado: “En 2004, el aumento repentino de la población, podría socavar una década de progresos”,⁶ lo cual recordaba

⁴ Para otros ejemplos de ideología y estrategias en el control de la población, ver también en esta publicación: Girard, F., *Negociando los derechos sexuales y la orientación sexual en la ONU*, pp. 347-398; Ramasubban, R., *Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: una historia de resistencia a la Ley Anti-sodomía en la India*, pp. 99-138; Cáceres, C., Cueto, M., y Palomino, N., *Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas*, pp. 139-184.

⁵ (Octubre 20 de 2004). Ty le sinh con thu ba tang: Uy ban Dan So lo vo ke hoach (Aumento elevado en nacimientos de un tercer hijo: El Comité de Población teme un quiebre de la planificación). *Lao Dong*.

⁶ (Octubre 28 de 2004). Aumento súbito de la población en 2004. *Viet Nam News*.

a los lectores que el objetivo político de bajar las tasas de fertilidad, para finales de la década de los noventa, había sido logrado. Debe subrayarse que muchos de los artículos de los medios culpabilizaban al Decreto de Población de 2003, que aprobaba el derecho de las parejas a escoger el número de hijos que tienen, como la causa principal del “aumento repentino”.

A inicios de 2005 llegó la respuesta, desde los más altos niveles del estado, en una resolución del Buró Político, sobre el fortalecimiento de la implementación de las políticas de población y planificación familiar.⁷ Esta resolución reconfirmaba los objetivos de “lograr lo más pronto posible la tasa de reemplazo de la fertilidad, mientras se mejoraba gradualmente la calidad de vida de la población”. Además, reiteraba la meta de población de familias con dos hijos y subrayaba la importancia de asegurarse que todo el pueblo vietnamita comprendiera que “detenerse en dos es una responsabilidad de cada una de las personas, para contribuir a la causa de reducir la carga de población para el país”. Entre sus soluciones, la resolución proponía fortalecer el liderazgo del Partido y del gobierno, incluyendo castigos para los miembros del Partido y oficiales del Gobierno que violaran los objetivos demográficos. La resolución pedía, asimismo, una revisión de Decretos de Población y de otros documentos de políticas, que no eran acordes con la iniciativa de movilizar a las personas a favor del objetivo de población de dos niños por pareja.”

Comparada con la enorme y rápida respuesta del estado, los medios de comunicación y los funcionarios de gobierno, la respuesta de la comunidad de donantes llegó más lentamente. Dos meses después de que saliera la Resolución del Buró Político, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) publicó un folleto, *Crecimiento de la Población en Vietnam, ¿Qué nos dicen los Datos?* (FNUAP, 2005), en el cual le informaba a los lectores que el gobierno de Vietnam les estaba pidiendo que “apoyaran una revisión independiente, con el fin de determinar la situación real con respecto a la actual tendencia de crecimiento de la población en Vietnam.”

Con base en los datos existentes del gobierno, el folleto concluía que, en comparación con diez años antes, muchas menos madres habían optado por tener un tercer bebé, lo cual debía significar que grandes cantidades de personas se habían adherido al objetivo de población de deténgase-en-dos y que la disminución de la fertilidad era un hecho indiscutible”.

⁷ Resolución del Buró Político acerca de continuar el fortalecimiento de la implementación de políticas de población y planificación familiar (Resolución 47/NQ-TW).

El folleto presentaba dos razones por las cuales el ligero repunte en el crecimiento de la población en 2003, no debía ser motivo de alarma; en primer lugar, un sesgo en el cálculo de las tasas de mortalidad, que podría contribuir a un aumento de la tasa de crecimiento de la población, y en segundo lugar que, dado el aumento de un punto porcentual dentro de una tendencia generalizada de disminución, tanto de las tasas de nacimiento como de las tasas de crecimiento poblacional, era demasiado pronto para reivindicar una amenaza seria a la disminución de la fertilidad en general. En su conclusión, el folleto negaba asimismo la afirmación en el sentido de que la Ordenanza de Población hubiera causado el ligero aumento en la tasa de crecimiento de la población en 2003, y buscó asegurarle a los lectores que Vietnam alcanzaría sus objetivos de población si “se mantiene la actual tendencia a la baja en las tasas de fertilidad y crecimiento poblacional.” Esto, aseguraba el folleto, requiere “ahora más que nunca”, el “fortalecimiento”⁸ del programa de población del país. Resulta interesante que en este folleto de FNUAP, el término “planificación familiar” se omite por alguna razón, aún cuando, en las respuestas oficiales de Vietnam, la palabra “población” nunca se separa de la planificación familiar

DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL VIH/SIDA: ACTORES CLAVE EN LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

LAS FLUCTUACIONES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Resulta imposible comprender la historia del “aumento repentino de población”, sin recordar la larga historia de la planificación familiar y el control de población en Vietnam. Los primeros intentos del gobierno comunista por regular la reproducción se remontan a 1961, cuando la planificación familiar fue descrita como “nacimiento guiado”. Esta preocupación se acentuó aún más luego de la Reunificación de Vietnam del Norte y Vietnam del Sur, cuando las perspectivas económicas fueron fuertemente afectadas, tanto por las repercusiones de la guerra como por la mala administración de la economía. Esto condujo a que el gobierno resucitara algunas medidas políticas que

⁸ FNUAP News Brief. (Enero 9, 2005). Crecimiento de la población en Vietnam. ¿Qué nos dicen los datos? Capturado el 20 de enero de 2006, de <http://vietnam.unfpa.org/documents/CP5evaluation.doc>.

habían sido establecidas antes, pero no fueron llevadas a cabo con firmeza, debido a la guerra y a aceptar ayuda de la UNFPA para el primer ciclo de programas de 1978. La inminente crisis económica de mediados de la década de los ochenta, que fue uno de los factores decisivos para que el gobierno emprendiera el Doi Moi (la “renovación” económica, que ha tenido impactos negativos tanto en la esfera social como en la política),⁹ aceleró aún más los esfuerzos por frenar el crecimiento de la población.

En 1984, el gobierno estableció, el Comité Nacional de Población y Nacimientos Planificados (Uy Ban Dan So va Sinh De Co Ke Hoach), el cual se convertiría más adelante en el NCPFP, elevando de este modo las preocupaciones sobre la población a un nuevo nivel de importancia. Mientras que algunos de sus partidarios reconocen que el establecimiento del NCPFP fue un hito importante, la mayoría considera a la aprobación del Comité Central en 1993 de la Resolución Número 4 sobre Población y Planificación Familiar como el punto decisivo, ya que proporcionó la evidencia más clara del “fuerte compromiso del Partido.” (Nhan & Phuong, 2004). En ese mismo año, el gobierno aprobó la primera estrategia de Población Nacional y Planificación Familiar, que se llevaría a cabo hasta el año 2000.¹⁰

El financiamiento anual del gobierno aumentó casi diez veces de 1992 a 1996 (de VN\$27 mil millones a VN\$260 mil millones) y los fondos de donadores como FNUAP aumentaron también en el cuarto ciclo de los programas (1992-1996), a más de la mitad de todo el apoyo recibido en los tres ciclos anteriores (1978-1991) combinados.

En los años que siguieron a estas inversiones, tanto políticas como financieras, los programas avanzaron rápidamente, al extremo de que los objetivos demográficos establecidos en la estrategia fueron obtenidos antes de la fecha límite. Para 1998, la tasa total de fertilidad ya había disminuido de alrededor de 4.0 en 1989 a 2.33 en lo que resulta significativamente más bajo que el objetivo de 2.9 para el año 2000, en la estrategia de población. De hecho, las primeras indicaciones del rápido descenso de las tasas de nacimientos fue-

⁹ Para ubicar estas políticas económicas en un contexto global, ver también en esta publicación: De Camargo, K. y Mattos, R., *Buscando sexo en los lugares equivocados: el silenciamiento de la sexualidad en el discurso público del Banco Mundial*, pp. 399-424; Beresford, B., Sember, R., y Schneider, H., *La autoridad constitucional y sus limitaciones: las políticas de sexualidad en Sudáfrica*, pp. 221-273; Cáceres, C., Cueto, M. y Palomino, N., *Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas*, pp. 139-184.

¹⁰ Decisión del Primer Ministro sobre la aprobación de la estrategia sobre población y planificación familiar hasta el año 2000 (Decision 270/TTg).

ron reconocidas por el gobierno desde 1997, cuando decidió presionar por un logro adelantado del reemplazo de la tasa de fertilidad. Mientras, tanto la resolución como la primera estrategia nacional, estableció 2015 como la fecha límite para este objetivo demográfico, la Directiva 37/1997/TTg adelantó esta fecha para el 2005.¹¹

De todas maneras, en 1999 el NCPFP recibió el Premio de Población de las Naciones Unidas, por su papel en lograr que el control poblacional en Vietnam, tuviera un gran éxito. De manera significativa, este premio también marcó un momento en el que en Vietnam las políticas de población empezaron a alejarse de un énfasis en la demografía y la planificación familiar, hacia una agenda más integral de salud reproductiva, acorde con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD por sus siglas en inglés). A pesar de su pronto visto bueno del Programa de Acción (PoA) de ICPD, Vietnam no se lanzó inmediatamente a la modernización de su programa de planificación familiar, ya que la conferencia se realizó justo al mismo tiempo en que el programa de planificación familiar estaba agarrando vuelo.¹² Annika Johansson (1998), observado-

¹¹ Existen varios puntos de vista sobre este rápido descenso en la tasa de fertilidad. Algunos consideraron como factores cruciales el liderazgo del Partido y la oportunidad de los programas y políticas iniciados por el gobierno (Nhan, V. Q., & Phuong, N. L., 2004). *In Dan So va Phat Trien o Viet Nam (Population and Development in Vietnam)*, (Gurby, P., Dung, N. H., & Huong, P. T., eds., pp. 631-62, Hanoi: The Gioi Publisher). Otros críticos enfatizaron las duras e incluso “forzadas” medidas introducidas en varias localidades, las que incluían fuertes multas para las parejas que tenían más de dos nacimientos (Goodkind, D. M., 1995, pp. 85-111; Scornet, C., 2001, 13: 101-34). Algunos han señalado factores menos conocidos, como los rápidos cambios de actitud con respecto a tener hijos, en el contexto de las presiones económicas y políticas, así como de las aspiraciones modernas (Gammeltoft, T., 1999b). Como lo señala Daniel Goodkind, el hecho de que la institución, en 1988, de la política de uno-a-dos-hijos, sin importar qué poco apoyo político y financiero recibiera del estado en aquella época, se sobrepusiera a la introducción de reformas económicas, hizo que fuera difícil separar “los papeles independientes que jugaban las políticas de población, el desarrollo económico y otros factores, en fomentar el declive de fertilidad en Vietnam” (Goodkind, D. M., 1995).

¹² En este discurso en la reunión de El Cairo, Mai Ky confirmó que “el gobierno de Vietnam está profundamente consciente del vínculo estrecho entre población y desarrollo”. Sin embargo, en aquellos momentos, el énfasis que prevalecía en la mayoría de los documentos de políticas y en la implementación de programas en Vietnam, era acerca de cómo el hecho de contener el crecimiento de la población, podría contribuir al desarrollo, especialmente al crecimiento económico, a diferencia del nuevo énfasis en la contribución que, para diferentes temas de salud y población, podrían significar el desarrollo y la equidad.

ra desde hace mucho del programa de planificación familiar, subrayó que no fue hasta 1998 que fue organizada la primera reunión nacional de alto nivel, bajo los auspicios de la Asamblea Nacional, para discutir la traducción del PoA ICPD al contexto vietnamita: “Los procedimientos de la conferencia dieron lugar para sentirse optimistas en el sentido de que en Vietnam se hallaba en proceso un cambio en la política hacia la salud y los derechos reproductivos.”

Se llevaron a cabo varios esfuerzos para que las recomendaciones de ICPD fueran incluidas en las políticas y los programas, incluyendo el apoyo en los niveles más altos de gobierno. Se publicaron estudios para aumentar la conciencia de la amplitud de los temas en salud reproductiva, incluyendo: el aborto, la mortalidad materna, las infecciones del tracto reproductivo, la calidad de los servicios de salud reproductiva, la falta de conocimiento acerca de la salud y los derechos reproductivos entre los funcionarios del gobierno a distintos niveles, y las limitaciones del programa de planificación familiar existente, para proporcionar un amplio espectro de posibilidades anticonceptivas.

FNUAP jugó un papel principal al apoyar estos esfuerzos, a través de su quinto ciclo de programas (1997-2000), que apoyaba un cambio estratégico con un fuerte énfasis en la demografía y la planificación familiar, hacia el suministro de un paquete general de salud reproductiva y políticas relevantes, acordes con ICPD (Reynolds *et al.*, 2000). Además de FNUAP, algunas ONG internacionales, tales como el Population Council y Pathfinder, estuvieron también activas en promover el cambio. La mayoría de estas organizaciones internacionales implementaron sus actividades a través de agencias gubernamentales, tales como NCPFC y el Ministerio de Salud, o a través de Organizaciones de Masas, tales como el Sindicato de Mujeres y el Sindicato de Jóvenes. La incipiente comunidad de ONG locales se involucró hasta un límite en estos esfuerzos, llevando a cabo principalmente un sinnúmero de investigaciones contratadas por agencias gubernamentales u ONG internacionales.

Estos esfuerzos culminaron en varios importantes documentos de políticas, que adjudicaban a la aprobación estatal el cambio de la planificación familiar hacia preocupaciones más amplias de la salud y los derechos reproductivos.

En el 2000, el gobierno aprobó la segunda estrategia nacional de población por el periodo 2001 a 2010 y reconoció, de manera explícita, la necesidad de ir más allá del estrecho enfoque sobre el control de la fertilidad,

con el fin de tomar en cuenta “la estructura de la población, la calidad de la población, y la distribución de la población, que forman parte de una dirección hacia la integración de la población, la salud reproductiva y el desarrollo”.¹³ Evidenciando este compromiso, la estrategia nacional ofrece distintas guías en su plan de acción, las cuales incluyen “cambio conductual”, comunicación, mejoría de la calidad de la atención en los servicios integrales de planificación familiar y salud reproductiva, y el mejoramiento de los servicios en localidades lejanas y carentes de servicios del país. La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, son mencionados como componentes cruciales para el éxito.

Además de esta estrategia de orientación nacional, durante este periodo el gobierno elaboró y formuló otros documentos de políticas, los cuales incluían la primera estrategia nacional para la atención de la salud reproductiva (para el periodo de 2001 a 2010), la estrategia nacional para la comunicación del cambio conductual en población y salud reproductiva y, lo más significativo de todo, la Ordenanza de Población. Aprobada en 2003 por el Comité Permanente de la Asamblea Nacional, la Ordenanza de Población promueve y protege los derechos de las parejas y los individuos para “decidir el momento, la cantidad, y el espacio entre los nacimientos, de acuerdo a su edad, salud, estudios, empleo y trabajo, ingresos, condiciones para crianza de niños... y con base en la igualdad de la pareja”.¹⁴ Un año antes de que fuera aprobada la Ordenanza, el NCPFCV fue fusionado en una nueva agencia, La Comisión Vietnamita para la Población, la Familia y los Niños (VCPFC), que ha asumido una agenda más amplia, más allá del control de población.

CAMBIANDO LAS RESPUESTAS DEL ESTADO AL VIH/SIDA Y EL PAPEL DE LOS DONANTES INTERNACIONALES

Desde el primer caso de SIDA, reportado en 1990, el estado ha respondido con rapidez a la amenaza del SIDA. Desde 1995, hubo una respuesta política desde el nivel más alto del poder estatal, en la forma de una Directiva del Comité Central del Partido Comunista, para fortalecer el liderazgo en la

¹³ Decisión del Primer Ministro de ratificar la estrategia de población de Vietnam para el periodo 2001-2010 (Decisión 147/2000/QD-TTg).

¹⁴ Ordenanza de Población aprobada por el Comité Permanente de la Asamblea Nacional (Ordenanza 06/2003/PL-UBTVQH).

prevención y control del SIDA.¹⁵ Ese mismo año, la Asamblea Nacional aprobó la Ordenanza sobre la Prevención y Control del VIH/SIDA y el gobierno emitió un decreto detallando cómo debía ser implementada.¹⁶ El Comité Nacional del SIDA fue establecido a principios de la década de los noventa, inicialmente bajo la dirección del Ministerio de Salud. En 1994 se convirtió en un departamento del gobierno, con la autoridad para coordinar respuestas multisectoriales a la epidemia. Mientras que en el principio del desarrollo del VIH/SIDA en Vietnam, estos intentos tuvieron muchos aspectos positivos, tales como el reconocimiento de la necesidad de respuestas multisectoriales y el énfasis en la prevención, hubo también muchos problemas. Uno de estos problemas era el fuerte énfasis puesto en vincular la prevención y la erradicación del VIH/SIDA, al control del abuso de drogas y la prostitución, que en Vietnam habían sido etiquetados como “males sociales”. En la directiva del partido se les dijo a los miembros de las bases que: “Resulta necesario combinar efectivamente las tareas de prevención del VIH/SIDA, con aquéllas de prevención y control de los males sociales, en primer lugar del abuso de drogas, la inyección de drogas y la prostitución”.

Antes o alrededor de la misma época en que fueron emitidos los documentos de políticas sobre VIH/SIDA, se elaboró un sinnúmero de documentos de políticas, acerca de la prevención y el control del abuso de drogas y la prostitución. En 1993¹⁷ fueron emitidos dos decretos gubernamentales, tristemente célebres, que trataban específicamente del abuso de drogas y sobre la prostitución y otro, que daba instrucciones de cómo erradicar los “males sociales”, fue distribuido unos meses después por la directiva del partido.¹⁸ En el año 2000, el Comité Nacional del SIDA fue fusionado con el Comité Nacional para la Prevención y Control del SIDA, Uso de Drogas, y Prostitución. El énfasis al vincular la prevención del VIH/SIDA con los “males sociales” en la primera etapa de la epidemia, era resultado de la creencia prevaleciente en el estado de que “ para prevenir la propagación del VIH, el método más

¹⁵ Directiva sobre el fortalecimiento del liderazgo en la prevención y control del SIDA, emitida por el Secretariado del Comité Central del Partido Comunista (Directive 52/CT-TW).

¹⁶ Decreto del Gobierno sobre las guías para la implementación de la Ordenanza sobre Prevención y Control del VIH/SIDA (decreto 34/CP).

¹⁷ Resoluciones sobre la prevención y control de la prostitución y las drogas, emitida por el Gobierno (Resoluciones 05/CP y 06/CP, respectivamente).

¹⁸ Decreto del gobierno sobre el fortalecimiento de la administración de servicios y actividades culturales y la abolición de males sociales graves (Decreto 87/CP).

fundamental y efectivo es que todos lleven un estilo de vida saludable y fiel, y que se aparten de los males tales como la prostitución y el abuso de las drogas”,¹⁹ lo que reflejaba en parte, los informes iniciales de las características epidemiológicas de la epidemia, que se enfocaban en gran medida en los drogadictos, y en las trabajadoras sexuales. Quizás lo más importante, es que refleja la ansiedad del estado por enfrentar transformaciones sociales virulentas, durante los años que siguieron al *Doi Moi*. Con pocas alternativas, el estado hizo uso de lo que mejor sabe hacer —el enfoque socialista de los temas sociales, tales como la drogadicción y la prostitución.²⁰

La comunidad de donantes²¹ ha sido, por muy buenas razones, muy persistente acerca de la importancia de desvincular el VIH/SIDA, de los llamados “males sociales” (Parejas, Comunidad de Afectados, 2002). Por ejemplo, los donantes han argumentado, de manera correcta, que este vínculo conduce a que las personas crean que no se encuentran en riesgo y por lo tanto no necesitan practicar el sexo seguro, y deteriora los esfuerzos para luchar contra el estigma y la discriminación contra el VIH/SIDA. El énfasis en vincular el VIH/SIDA con los “males sociales” ha aumentado las acciones de la policía, dirigidas hacia la drogadicción y la prostitución obstaculizando, por lo tanto, las actividades de prevención del VIH —por ejemplo, los condones y las jeringas han sido utilizados como evidencia de actividades ilegales, cuando debían haber sido usados para promover conductas seguras. Pero el estado ha adoptado algunos aspectos de los esfuerzos de construcción de conciencia de la comunidad internacional. Por ejemplo, en 2004, el presidente visitó una clínica de VIH/SIDA, donde estrechó las manos de los pacientes y declaró que el VIH/SIDA no es un mal social.²² Y, a finales de 2005, el Vicepresidente, con

¹⁹ Resolución del Buró Político sobre la continuación del fortalecimiento de la implementación de las políticas de población y planificación familiar (Resolución 47/NQ-TW).

²⁰ Ver Nguyen-Vo (1998) para un análisis agudo en los enfoques cambiantes de como regular la prostitución en Vietnam a lo largo de las épocas socialista y de *Doi Moi*

²¹ Para ver más acerca de la influencia local de las políticas de los donantes internacionales, ver también en esta publicación: Vianna, A. R. B., y Carrara, S., *Políticas sexuales y derechos sexuales en Brasil: estudio de caso*, pp. 27-56; Ramasubban, R., *Cultura, políticas y discursos sobre sexualidad: una historia de resistencia a la Ley Anti-sodomía en la India*, pp. 99-138; Cáceres, C., Cueto, M., y Palomino, N., *Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas*, pp. 139-184; Beresford, B., Schneider, H., y Sember, R., *La autoridad constitucional y sus limitaciones: las políticas de sexualidad en Sudáfrica*, pp. 221-273.

²² Informe sobre VIH/SIDA. (Agosto 26 de 2004). El Presidente vietnamita hizo un llamado público para reducir el estigma en torno al VIH/SIDA. *Kaiser Daily*.

los directores de la Asamblea Nacional y departamentos del Partido, tuvo una reunión con personas que viven con VIH/SIDA (PLWHA), uno de los primeros grupos organizados en Vietnam, y destacó su importante papel, especialmente en la lucha contra el estigma y la discriminación.

Resulta interesante subrayar la respuesta del estado a las personas que viven con VIH/SIDA, tanto en los documentos de políticas, como en la práctica. Los primeros documentos de políticas hacían hincapié en la protección de “la población en general” a toda costa, lo cual conducía a un planteamiento de mantener a las personas que viven con VIH/SIDA, lo más lejos posible de “la población en general”. (Para una crítica a este concepto, ver Fordham, 2001). Aún cuando las personas que viven con VIH/SIDA eran protegidas por la ley contra la discriminación en los establecimientos de salud y en sus comunidades, “no se les permitía trabajar en algunos sectores [ya que se suponía que eran capaces de] transmitir con facilidad el VIH/SIDA”.²³ A los PLWHA se les exigía también que informaran a sus esposos/as y si se negaban, entonces su trabajador de la salud era el responsable de hacerlo.²⁴ El tratamiento para las infecciones oportunistas está garantizado para las personas que viven con VIH/SIDA, pero esto no cubre el acceso a terapia antirretroviral (ARV), dado que la mayoría de los fondos del gobierno ha sido gastado en prevención. Además, a las personas que viven con VIH/SIDA se les ha advertido que cualquier acto intencional para infectar a otras personas está estrictamente prohibido.

La comunidad de donantes ha desafiado estas creencias y presunciones. A través de ONG locales han apoyado actividades tales como la publicación de estudios sobre estigma y discriminación, concursos literarios en periódicos sobre el tema del VIH/SIDA, y exposiciones pictóricas y fotográficas, por parte de personas que viven con VIH/SIDA, y que se enfocan en el fuerte estigma y discriminación que sufren, a pesar de vivir sus vidas de manera responsable. Las imágenes de mujeres que han sido infectadas por sus maridos y aún así se han levantado para pelear contra el estigma y la discriminación, están personificadas en Pham Thi Hue, una mujer que vive con VIH en la ciudad de Hai Phong, y quien fuera uno de los Héroes Asiáticos de *Time Magazine* en 2004.²⁵ A lo largo del país ha surgido un sinnúmero de grupos de PLWHA,

²³ Ordenanza sobre Prevención y Control del SIDA, aprobada por el Comité Permanente de la Asamblea Nacional, el 31 de mayo de 1995.

²⁴ Ordenanza sobre Prevención y Control del SIDA aprobada por el Comité Permanente de la Asamblea Nacional, el 31 de mayo de 1995.

²⁵ Time Asia. Pham Thi Hue: Making her voice heard. Capturado el 20 de diciembre, 2005, de: http://www.time.com/time/asia/2004/heroes/hpham_thi_hue.html.

con el apoyo inicial de la comunidad de donantes. Su labor ha evolucionado de sólo proporcionarse apoyo entre sí, a participar en diferentes actividades públicas, tales como conferencias, campañas educativas, y entrevistas en los medios de comunicación, para compartir sus puntos de vista y sus experiencias, y presionar por el reconocimiento de sus derechos legales. Además, la comunidad internacional ha introducido varios nuevos conceptos tales como “disminución del daño”, “comunicación del cambio conductual”, GIPA (mayor participación de personas que viven con SIDA), y VCT (terapia y pruebas voluntarias), que le han ofrecido al estado nuevas formas de acercarse a los desafíos del VIH/SIDA. En efecto, la primera estrategia nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, aprobada en 2004 por el gobierno, nombra específicamente “la disminución del daño”, VCT y “comunicación del cambio conductual”, entre las soluciones para detener el aumento del VIH/SIDA.

La estrategia aborda también la necesidad de mejorar la atención y el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA y promueve su mayor participación en las actividades de VIH/SIDA, como una solución clave. Se le ha prestado también mucho mayor atención a mejorar la disponibilidad de medicamentos ARV, lo que se refleja, en la estrategia nacional, en una de las nueve acciones clave y en una mayor distribución del presupuesto gubernamental para el VIH/SIDA, que en recientes años se ha destinado a ARV (Long, 2004). Además, en la estrategia nacional, las actividades de prevención y control del VIH/SIDA ya no están vinculadas con las actividades que tienen que ver con la drogadicción y la prostitución, sino, más bien, como componentes clave del desarrollo socioeconómico de Vietnam. Quizás estos cambios en la estrategia nacional, señalen un cambio del enfoque hacia las personas que viven con VIH/SIDA como amenazas potenciales a la amorfa “población general”, a uno que se centre en sus temas, sus necesidades y sus derechos.

EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS

En la controversia con respecto a “un incremento súbito de población” que se ha descrito anteriormente, el flujo de opiniones puede ser caracterizado como una discusión bilateral entre el estado y sus expertos y la comunidad de donadores. Las ausentes del debate son las voces de las personas que han optado por tener un tercer hijo y aquellos miembros de la sociedad civil que llaman la atención sobre el hecho de que, revertir el control de la fertilidad, no resulta compatible con la decisión del estado de lanzarse en la dirección

de los derechos de salud reproductiva. Esto resulta especialmente cierto en la medida en que Vietnam enfrenta enormes desafíos en salud reproductiva en la época post *Doi Moi*. Una reciente reseña sobre la salud y los derechos reproductivos en Vietnam subraya la desigual proporción de mujeres entre los usuarios de anticonceptivos y su excesiva dependencia del dispositivo intrauterino (DIU), contra la falta de esfuerzos sistemáticos para incrementar la proporción de hombres y diversificar las opciones de anticoncepción.

La reseña enumeraba asimismo numerosos desafíos para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, incluyendo los impactos de las reformas de ajuste estructural que llegaron con *Doi Moi*, un acceso limitado a los servicios, especialmente entre las comunidades de minorías étnicas y personas que viven en áreas rurales remotas, y la falta de educación sexual para la juventud, a pesar del creciente número de jóvenes que buscan el aborto. La elevada tasa de abortos en general, es otro desafío, especialmente la repetición de abortos, que ha hecho surgir preocupación sobre la calidad de los servicios abortivos, así como de la cobertura general de los servicios de anticoncepción, para aquellos que más los necesitan.

Entre otros temas abordados por la reseña: la desigualdad en la mortalidad materna, con mujeres de comunidades étnicas y mujeres que viven en áreas lejanas con mayores desventajas que las mujeres de la mayoría étnica y aquellas que viven en centros urbanos; altas tasas de infecciones del tracto reproductivo (RTIS) entre las mujeres debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH/SIDA; falta de comprensión del concepto de los derechos reproductivos, al nivel de la comunidad donde la mayoría de las políticas deben ser puestas en práctica; una aceptación limitada de la individualidad sin relación con su vínculo y responsabilidades hacia la familia y la comunidad, lo cual plantea problemas al introducir el concepto de los derechos individuales en la salud reproductiva; y normas y valores ancestrales (y aún así continuamente reforzados) con respecto a los roles de género, que hacen difícil reforzar el concepto de empoderamiento de las mujeres. Y por último, pero no menos importante, la reseña señala que la existencia limitada de defensores del cambio, fuera del estado y de la comunidad internacional, es uno de los mayores desafíos para avanzar en la agenda de los derechos reproductivos en Vietnam (Knudsen, 2006).

Esta falta de opciones alternativas en la defensa de la salud y los derechos reproductivos, puede atribuirse a dos factores principales. Primero, no existe marco legal alguno que permita el desarrollo de movimientos sociales, como alternativa a aquellos auspiciados por el estado en forma de orga-

nizaciones de masa, como el Sindicato de Mujeres. Estas organizaciones de masas tienen mucha fuerza, redes en todas las comunidades de Vietnam, una amplia gama de actividades cívicas, y fuertes contribuciones al avance de diferentes temas de salud reproductiva, pero también tienen sus limitaciones, que no son fáciles de sobrepasar. En relación con la defensa a las personas que viven con VIH/SIDA, por ejemplo, las organizaciones de masas son percibidas como portadoras de puntos de vista sancionados social y políticamente, tales como la drogadicción y el trabajo sexual, lo cual les dificulta representar las necesidades de muchas de las personas, dentro de estas comunidades vulnerables. Pero no existe marco legal para que personas como las que viven con VIH/SIDA puedan formar sus propias asociaciones, para defender sus derechos, dejándoles sólo algunas opciones como las de asociarse con alguna de las organizaciones de masas (lo cual no consideran como una alternativa atractiva), o con algunas del creciente grupo de organizaciones no gubernamentales locales. Pero hay muchas cosas relacionadas con la naturaleza de estas ONG locales, lo que nos lleva a considerar al segundo factor principal que contribuye a la carencia de voces alternativas.

Mientras que las ONG locales no eran escuchadas antes de *Doi Moi*, el número de tales organizaciones ha explotado en la década desde la introducción del *Doi Moi*. El factor importante que hizo posible este desarrollo, fue la introducción de dos decretos gubernamentales que permitían el establecimiento de “asociaciones científicas y tecnológicas de investigación” y “fondos sociales y de caridad”. Otro factor (que muy bien pudiera ser otra de las razones de por qué el estado lanzó los dos decretos) era que estas organizaciones habían llenado el vacío dejado por el estado y sus debilitados sectores públicos, especialmente en lo que se refiere al suministro de investigación, entrenamiento, y servicios sociales, en respuesta a una variedad de problemas sociales surgidos durante el periodo posterior al *Doi Moi*. La proliferación de ONG se debía también a la creciente ayuda para el desarrollo y a la falta de capacidad del sector estatal de absorber esta ayuda de manera efectiva, lo cual conducía a algunos donantes a insistir en la inclusión de actores no estatales (Lux y Straussman, 2004). Ha habido especulaciones acerca del desarrollo de la “sociedad civil”, pero un sinnúmero de autores han advertido contra el uso de un concepto tan occidental dentro del contexto vietnamita. Por ejemplo, Lux y Straussman, afirman que estas ONG locales trabajan en una “sociedad civil dirigida por el estado”, un concepto extraño en el mejor de los casos, para muchos de los observadores occidentales. Sin embargo, este concepto, resulta pertinente en el contexto de Vietnam, ya que describe la actual situación

en la que muchas de las ONG locales se encuentran [mediando] entre el estado y la ciudadanía, pero no son totalmente independientes del estado, como sucede en las democracias liberales.”

Esta descripción se refleja en los resultados de la primera encuesta de ONG en el país, a las que el autor se refiere como “organizaciones temáticas” (Wischermann, 2003). La encuesta demostró que estas organizaciones están principalmente compuestas por profesionales con niveles universitarios, muchos de los cuales se identifican a sí mismos como académicos/eruditos, profesores, investigadores y trabajadores sociales. Muchos de los fundadores trabajaron alguna vez para el gobierno y ahora ayudan a llenar el vacío dejado por el estado. La mayoría de las ONG recibe financiamiento de donantes internacionales y de agencias del gobierno, ya sea en forma de apoyo directo, o como pago por servicios prestados. El financiamiento de donantes extranjeros tiende a ser más elevado que el financiamiento del gobierno, lo cual implica un nivel más alto de afinidad con los donantes, al menos en términos de apoyo financiero, que con el gobierno. El financiamiento proveniente de donaciones privadas representa un pequeño porcentaje, con la menor parte canalizada a organizaciones con sede en Hanoi (Norte), en comparación con las organizaciones con sede en la ciudad Ho Chi Minh (Sur).

La encuesta encontró otras diferencias entre estas dos organizaciones pertenecientes a dos grupos geográficos. Es más probable que las del norte hayan sido establecidas porque sus fundadores estaban interesados en cambiar las prácticas o políticas estatales, mientras que era más probable que las del sur enfrentaran los temas y necesidades más urgentes, entre segmentos específicos de la población. Las organizaciones con sede en Hanoi, tienden a trabajar en la investigación, la difusión de información, y servicios de asesoría, y por lo general identifican los problemas con términos tales como “falta de información” e “insuficiencia en la investigación o las políticas”. Por otro lado, las organizaciones con sede en la Ciudad Ho Chi Minh han dirigido sus esfuerzos a enfrentar necesidades concretas y urgentes de las poblaciones objetivo, que han sido marginadas por el estado y el mercado, en el proceso de *Doi Moi*.

Los resultados de la encuesta mencionada anteriormente y el análisis del financiamiento de planificación familiar y HIV/SIDA, facilitan la especulación acerca de la ausencia de voces de ONG locales, en el debate acerca del “aumento repentino de población”. Puede ser que estas organizaciones consideren todo este asunto, como un simple surgimiento de los intereses del estado en el control de la fertilidad, que desaparecerá una vez que existan estadísti-

cas más optimistas. Podría ser también que los líderes de esas organizaciones estén de acuerdo con el estado y por lo tanto no vieron la necesidad de elevar sus voces, o que las ONG han sufrido un cambio de intereses hacia otros temas que surgen en la agenda social y de salud pública, incluyendo al VIH/SIDA, y ahora consideren a la planificación familiar como un tema obsoleto. En este último caso, debemos especular acerca de qué ocurrirá una vez que el VIH/SIDA se vuelva obsoleto en la agenda social y de salud pública. ¿Continuarán estas asociaciones levantando sus voces a favor de los individuos y grupos infectados directamente y afectados por el VIH/SIDA a los cuales no se les permite convertirse en defensores por derecho propio?

Sin resultar irrespetuosos de los logros de las “ONG locales”, ni de su capacidad para mantener cierto grado de independencia en sus relaciones de trabajo, tanto con el estado como con los donantes, sostenemos que es importante plantear el tema de la responsabilidad. Una de nuestras fuentes clave, que ha estado trabajando, tanto en las épocas de la planificación familiar, como en la del VIH/SIDA, señaló que mientras la mayoría de los fundadores de ONG son personas de buena voluntad, funcionan algunos mecanismos para asegurarse de que sean responsables con sus comunidades, personas que por lo general pertenecen a una clase social más baja que los fundadores y el equipo de las ONG locales. Estos mecanismos en funcionamiento, existen dentro de los límites estatales o de los proyectos con financiamiento de donantes, los cuales por lo general son a corto plazo y enfocados en los resultados.

LAS MUJERES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN
DIRIGIDA POR EL ESTADO: LA CONTINUIDAD EN LAS ÉPOCAS
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y VIH/SIDA

El estado se encuentra entre aquellos actores más activos en definir los límites sociales en Vietnam. A través de su historia, el estado socialista ha buscado definir las imágenes y los significados de la femineidad, especialmente en las complejas relaciones entre las mujeres y la familia, y la nación, con fines políticos e ideológicos (Pettus, 2003; Werner, 2004). Pero como lo demuestra Pettus, en uno de los tratamientos más integrales de este asunto, los esfuerzos del estado por definir la femineidad han estado cargados de contradicciones, provenientes principalmente de las tensiones entre la aspiración a la modernidad (ya sea socialista u occidental) y la añoranza de las tradiciones vietnamitas, ambas incrustadas en el sempiterno proyecto de construc-

ción de la nación. En los primeros días del establecimiento de Vietnam como una nación-estado independiente, el gobierno desplegó campañas masivas de educación e higiene, con el objetivo de “instruir” a sus ciudadanos, especialmente a las mujeres y a los campesinos, que eran considerados los elementos más débiles y “atrasados” del orden colonial y de clase. Al mismo tiempo, el estado continuaba exaltando las virtudes “tradicionales” de las mujeres como la resistencia, la fidelidad, la compasión y el autosacrificio, como algo invaluable para la causa nacional de construcción de una nación moderna e industrializada. Por lo tanto, mientras que la mujer vietnamita proporcionaba un “sujeto de emancipación” ya listo (Pettus, 2003), para el orden socialista recién establecido, su emancipación comenzó con su sometimiento a la nueva nación.

Durante los años de modernismo socialista intensificado, el estado continuó promoviendo la emancipación de las mujeres (*giai phong phu nu*) de los vínculos con la estructura familiar feudal, en términos del derecho a voto de las mujeres, libertad de matrimonio y divorcio, y pago igualitario para trabajos iguales, y la participación de las mujeres en esferas públicas, tales como cooperativas y fábricas, como símbolo del progreso de la nación hacia la modernidad socialista. Por otro lado, el estado necesitaba que las mujeres socialistas siguieran siendo virtuosas, hijas obedientes, esposas dedicadas y madres sacrificadas, aun cuando fueran reformuladas en nuevos términos, para servir a la causa de la construcción de una nación socialista.

Las mujeres fueron el blanco de la campaña “Cinco Bienes” de 1961 (*Cuoc van dong Nam Tot*), en la cual se les instó a que, simultáneamente, cumplieran los objetivos de producción y buen ejercicio del presupuesto, se guiaran por las leyes y políticas del estado, participaran en la administración, avanzaran en los estudios, y tuvieran una familia y educaran a sus hijos. A medida que se aceleraba la guerra contra Estados Unidos, estas tareas se redujeron a una campaña de “Tres Responsabilidades” (*Phong trao Ba Dam Dang*) y aún así no eran fáciles de lograr. Mientras que los hombres peleaban, este nuevo movimiento instaba a las mujeres a hacerse cargo de la producción agrícola e industrial, de todos los asuntos familiares y de la defensa nacional directa, cuando fuera necesario. Las virtudes tradicionales de las mujeres se tradujeron en una “femineidad en tiempos de guerra” heroica, que podría servirle al país en la lucha contra los invasores extranjeros. Tanto la campaña de los “Cinco Bienes”, como la de las “Tres Responsabilidades” buscaban que las sempiternas virtudes de las mujeres trabajaran a favor de sus nuevas responsabilidades públicas, suplantando por lo tanto, la

autoridad tradicional de la familia, con la nueva autoridad impulsada por los imperativos ideológicos y los objetivos políticos del estado socialista. En otras palabras, el estado socialista [reemplazó] una forma de patriarcado por otra” (Pettus, 2003).

En los años posteriores al *Doi Moi*, el estado revitalizó su proyecto de construir una nación moderna con un nuevo giro: ahora se basaba en familias modernas, prósperas y felices. Ahora los hogares han reemplazado a las instituciones colectivas, tales como las cooperativas y las fábricas estatales, así como el campo de batalla, como el lugar principal para el proyecto del estado de construcción de una nueva nación. A los nuevos sujetos se les dirige para que emulen la civilidad del modernismo occidental y la prosperidad de la economía de mercado de occidente, mientras que a la vez, se les advierte que deben cuidarse de convertirse en “occidentalizados culturalmente”. La contradicción inherente a este proyecto de nuevo estado, ha creado una inmensa confusión y tensión, tanto ideológica como práctica, al interior de la sociedad. Sin embargo, se le ha pedido a la “familia culta” (*gia dinh van hoa*) que combine “los valores tradicionales de piedad filial, devoción maternal, y fidelidad valiente, con los estándares racionales y científicos de un hogar nuclear moderno, es decir, nutrición adecuada, higiene, disciplina económica, control de la natalidad, “democracia matrimonial” y un buen cuidado de los hijos (Pettus, 2003).

En el timón de este nuevo proyecto se encuentran mujeres que, desde los inicios de *Doi Moi*, han regresado, en grandes cantidades, a la esfera doméstica, llenando el rol tradicional de las mujeres como cuidadoras en los hogares modernos redefinidos. “El cuidado” se extiende ahora más allá de las labores domésticas y del mantener la felicidad al interior de las familias, hasta la generación de ingresos a través de actividades comerciales centradas en las mujeres, con el fin de asegurar que los hogares sean económicamente viables. La nueva campaña denominada “Tres Criterios” (*Ba Chi Tieu*), fue lanzada a finales de la década de los noventa, por el Sindicato de Mujeres, y le pide a las mujeres que “estudien activamente, que trabajen creativamente y que críen bien a sus hijos y construyan familias felices y prósperas.” (Anh, 2005). En esta campaña, la “mujer nueva” posterior a *Doi Moi*, personifica algunos de los valores de su madre y de su abuela, como fue aclamado durante la época de intensificación del idealismo socialista, dentro del contexto de servir a sus familias, como la forma de construir la nación moderna. Como lo señala Jan Werner: “Irónicamente la “mujer socialista” de la época revolucionaria, idealizada y convertida en algo esencial, ha sido reempla-

da por el modelo esencial de mujer *qua* madre del estado en desarrollo.” Werner señala posteriormente que el estado, al ser incapaz de sostener la tradición socialista de proporcionar servicios sociales gratuitos, tales como atención a la salud, se ha beneficiado al reubicar a las mujeres en la esfera doméstica.

Aún cuando esto pudiera ser un resultado inesperado de las diferentes políticas económicas y sociales introducidas durante *Doi Moi*, es cierto que, después de *Doi Moi*, los nuevos estándares de la femineidad han sido “sustancial y sustantivamente influenciados por el estado” (Werner, 2002).

Una de las áreas en las que el discurso estatal sobre femineidad se ha desarrollado más claramente, es la de la planificación familiar. Después de *Doi Moi*, el énfasis en la planificación familiar cambió de la construcción de sujetos socialistas y de la nación socialista a edificar familias pequeñas, prósperas y felices, como la base para una nación fuerte y moderna. Como lo señala Tine Gammeltoft (2001) “Mientras que los mensajes de planificación familiar buscan obviamente concientizar a las personas, con respecto a los beneficios, tanto económicos como sociales, de una familia pequeña, también, y de forma más indirecta, crean y recrean definiciones específicas de los roles y posturas de las mujeres *vis-a-vis*, tanto de la familia, como de la nación.” Gammeltoft señala asimismo que, “en la retórica y los eslóganes de la planificación familiar, tales como: “una familia feliz, un país rico” (*gia dinh hanh phuc, dan nuoc phon vinh*), ó “bueno para el país, beneficioso para la familia” (*ich nuoc loin ha*), tanto la familia como la nación, son presentadas como entidades analógicamente relacionadas e interdependientes, donde el bienestar de una, beneficia naturalmente a la otra.”

En este nuevo esfuerzo del estado post *Moi Doi*, las mujeres juegan nuevamente un papel clave, ya que tienen la responsabilidad fundamental del bienestar de la familia y, por ende, el bienestar de la nación. Por lo tanto, las mujeres han sido el principal soporte de la planificación familiar en Vietnam, a lo largo de la historia del programa. Esto se ha visto claramente reflejado en la parte desproporcionada de mujeres que se encuentran entre los usuarios de anticonceptivos, en el hecho de que el DIU ha sido el anticonceptivo elegido (Gammeltoft, 1999); Johansson *et al.*, 1998^a) y en las elevadas tasas de abortos (Goodkind, 1994; Johansson *et al.*, 1996).

En entrevistas con nuestras fuentes clave, una explicación común para la desigual responsabilidad de la mujer en la planificación familiar es que, dentro de la cultura vietnamita la reproducción es vista como “asunto de mujeres” (*cong viec cua phu nu*), y como algo que tiene poco que ver con los hombres, quienes se responsabilizan menos de la anticoncepción que sus mujeres

y sus parejas sexuales. (Para una perspectiva diferente de la implicación masculina en la planificación familiar en Vietnam ver Johansson *et al.*, 1998b). Aún cuando esta explicación cultural pudiera tener alguna validez, nosotros sostenemos que no toma en cuenta el rol del estado y su proyecto de construcción de la nación. Como hemos mostrado anteriormente, el estado socialista desafió los límites de los “negocios femeninos”, llevando la familia privada, a la familia mayor de la nación socialista, convirtiendo, por lo tanto los “negocios de las mujeres” en una categoría política bajo el dominio directo del estado. Después de *Doi Moi*, aun cuando el engranaje entre la familia privada y la nación ha sido más sutil y la idea de “asuntos de mujeres” más privada, el estado ha seguido construyendo la nación sobre esos “asuntos de mujeres”, como la regulación de la fertilidad y el papel que juega la mujer como cuidadora de la familia. Por lo tanto, el estado ha sido siempre un actor importante al mantener los “asuntos de mujeres”, como un dominio del estado, sujeto inexorablemente al control y a las reglamentaciones. Mientras que en el Vietnam tradicional, tales “asuntos de mujeres” como la reproducción (y por extensión, la sexualidad de las mujeres) estaban sujetos a la autoridad de la extensa familia patriarcal, en el Vietnam moderno, la reproducción (y, nuevamente, por extensión, la sexualidad de las mujeres) ha sido impulsada por el siempre cambiante proyecto de construcción de la nación, dirigido por el estado.

Resulta irónico que mientras las mujeres, en su calidad de amas de casa y cuidadoras, han estado al frente y en el centro de la planificación familiar, han sido dejadas de lado en las políticas y los programas sobre VIH/SIDA. En los documentos de las políticas, a las mujeres se les incluye en categorías generales como “comunidad”, “población general” y “la familia”. La mayoría de los esfuerzos y recursos se han enfocado en grupos de alto riesgo, incluyendo (en gran parte hombres) drogadictos que se inyectan, trabajadores sexuales (en gran parte mujeres) y, en los meses recientes, “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.” Para ser justos, la estrategia nacional para la prevención y control del SIDA, hace referencias específicas a las mujeres y a la importancia de la igualdad de género, en un sinnúmero de lugares.²⁶ Uno de los objetivos específicos es “el cuidado y el tratamiento adecuados” para todas las mujeres embarazadas VIH positivas. En la sección

²⁶ Decisión del Primer Ministro para la aprobación de la Estrategia Nacional sobre Prevención y Control del VIH/SIDA en Vietnam hasta 2010, con una visión hasta 2020 (Decisión 36/QD-TTg).

de soluciones, cuando se hace referencia a la importancia de movilizar el potencial al interior de la familia y de la comunidad, la estrategia nacional promueve la tarea de “elevar la concientización y asegurar la igualdad para las mujeres, para que éstas puedan participar de manera activa en el control y la prevención del VIH/SIDA.”

En el contexto de la comunicación del “cambio conductual” en la comunidad, la estrategia nacional es específica: “aumentar la conciencia de género y las habilidades de análisis de género [entre las] personas que toman las decisiones y los administradores de programas, así como implementar la igualdad de género en los programas de control y prevención del VIH/SIDA”. Y en la sección de prevención de la transmisión de madre a hijo, una de las estrategias es “la concientización de las mujeres en rangos de edad reproductiva acerca de [sus] riesgos de VIH y de la posibilidad de transmisión de madre a hijo”. Sin embargo, no se ha traducido suficientemente una guía amplia de políticas a planes de acción y/o actividades programadas, lo cual pudiera haber logrado cambios importantes para revertir la epidemia.

Aún cuando durante algún tiempo han habido preocupaciones acerca de la propagación más generalizada de la epidemia, lo que se refleja es que, entre otras cosas, en las crecientes tasas de infección del VIH entre mujeres embarazadas, se ha hecho muy poco para prevenir este escenario en lo que a la “población general”, especialmente las mujeres, se refiere. En Vietnam, algunos estudios han demostrado que las mujeres son vulnerables a las infecciones de VIH, porque sus maridos y parejas sexuales se han inyectado drogas y/o han tenido relaciones sexuales extra-matrimoniales, y debido a que las mujeres tienen muy poco poder para negociar el uso del condón (Go *et al.*, 2002; Ha, 2005). Las mujeres son vulnerables no solamente cuando son jóvenes y son solteras, o cuando están casadas y en su “edad reproductiva”, como lo define la estrategia, sino también cuando han experimentado la menopausia (Huong & Duc, 2005). Estos estudios han demostrado asimismo, que las mujeres con VIH/SIDA, continúan corriendo el riesgo de grandes infecciones de VIH debido a que no poseen el poder de negociar ni su sexualidad ni sus cuerpos (Huong y Vinh, 2004).

En Tailandia, un país vecino con algún éxito en enfrentar la epidemia, las personas están familiarizadas con los condones gracias a la amplia promoción de la educación de planificación familiar, a inicios de la década de los setenta (Ainsworth *et al.*, 2003), de forma que cuando la epidemia de VIH/SIDA golpeó el país, los condones fueron reintroducidos con muy poca dificultad. Los condones se introdujeron posteriormente en Vietnam, al prin-

cipio para la planificación familiar, pero luego, de manera abrumadora, en conexión con la prevención del VIH/SIDA. El uso del condón fue vinculado a las parejas casadas (en los mensajes de planificación familiar) ó con las “relaciones sexuales promiscuas” (en los primeros mensajes de prevención del SIDA). Recientemente, se han realizado algunos esfuerzos para rectificar esta situación pero poder revertir las primeras imágenes del uso del condón, resulta una batalla cuesta arriba. Aún cuando las mujeres en Vietnam, al igual que en los países del resto del mundo, son las que más sufren los impactos de la epidemia en sus familias, se ha hecho muy poco para aliviar la carga de apoyo y cuidado que ellas han venido proporcionando a sus hijos y maridos enfermos.

Mientras que las mujeres, como amas de casa, no han recibido la atención suficiente en los documentos de las políticas y los esfuerzos programáticos para la prevención del VIH/SIDA, otro grupo de mujeres, “mujeres que comercian con el sexo” (*gai mai dam*), ha recibido atención especial. Resulta importante subrayar que las trabajadoras sexuales reciben atención especial, no sólo para los propósitos de la prevención del VIH/SIDA, sino como grupo que puede amenazar la estabilidad social. Como ya hemos mencionado, diferentes documentos de políticas, no sobre el VIH, han sido elaborados con fines de prevención y control del sexo comercial, incluyendo la estrategia nacional para la prevención y control de la prostitución (2001-2005) y la Ordenanza de 2003, sobre la prevención y el combate a la prostitución. Aún cuando esta Ordenanza sancionaba las penalidades para los (casi en su totalidad) clientes masculinos, lo cual incluía las multas y el aviso a sus empleadores, su implementación ha fallado. Una de las razones para la vacilación en aplicar las leyes en los clientes masculinos, incluyendo un número creciente de cuadros del gobierno, ha sido la preocupación de que la noticia pudiera dañar a sus familias. Por otro lado, se han aplicado fuertes penalidades contra las trabajadoras sexuales,²⁷ que van desde detención administrativa a reeducación forzada.

²⁷ Para ver más acerca de los efectos de las políticas sobre VIH/SIDA en los trabajadores sexuales y otros grupos marginados, incluyendo PLWHA y MSM, ver también en esta publicación: Bahgat, H. y Afifi, W., *Políticas sexuales en Egipto*, pp. 57-98; Ramasubban, R., *Cultura, política y discursos sobre sexualidad: una historia de resistencia a la Ley Anti-sodomía en la India*, pp. 99-138; Cáceres, C., Cueto, M. y Palomino, N., *Las políticas de derechos sexuales y reproductivos en Perú: revelando falsas paradojas*, pp. 139-184; De Camargo, K. y Mattos, R., *Buscando sexo en los lugares equivocados: el silenciamiento de la sexualidad en el discurso público del Banco Mundial*, pp. 399-424.

En años recientes se han introducido medidas de salud pública, tales como la disminución del daño, el tratamiento de ETS para trabajadores sexuales, la vigilancia centinela y conductual de VIH, y se han aplaudido como las mejores alternativas a las medidas disciplinarias, en términos de la prevención y el control del VIH/SIDA. Y en la medida en que ha aumentado la preocupación acerca de una epidemia “generalizada” las trabajadoras sexuales se han convertido, cada vez más, en el centro de la investigación y la intervención de salud pública. Por ejemplo, la literatura de investigación y los medios de comunicación citan el creciente número de trabajadoras del sexo que se inyectan drogas, como la causa del aumento de las tasas de infección entre ellas (Tran *et al.*, 2005). Sería muy difícil no obtener el mensaje implícito de que las trabajadoras sexuales se han convertido en una amenaza, cada vez mayor, para la denominada “población general” y por lo tanto, merecen una atención especial, tanto desde el punto de vista administrativo, como del de salud pública.

En su estudio de los patrones cambiantes del control de la prostitución en Vietnam, Nguyen-vo (2002, p. 144) muestra las conexiones entrelazadas, entre la creciente atención de la salud pública a las trabajadoras sexuales, un nuevo modo de control de la prostitución en la era posterior a *Doi Moi* y la promoción de las normas y conductas heterosexuales de clase media, dirigidas, ante todo, a las crecientes legiones de amas de casa de clase media. Nguyen-vo muestra que, durante la época socialista, el discurso del estado representaba a la prostitución “como sólo un vestigio” del pasado, ya fuera dentro del colonialismo francés, o durante el imperialismo estadounidense. Por lo tanto, la tarea del estado socialista era erradicar este indeseable producto del pasado, prohibiendo la prostitución y transformando a las trabajadoras sexuales en “individuos proletarios”, a través de la reeducación y del trabajo obligatorio en centros de rehabilitación, con el objetivo de construir una nación socialista, que se presentaba a sí misma como un quiebre total de un pasado nada glorioso. En este contexto, el papel de los profesionales médicos y de la salud pública era, fundamentalmente, tratar a las trabajadoras sexuales con ETS, cuando se encontraban en los centros de rehabilitación.

En la medida en que *Doi Moi* ha acelerado el proceso de transformación económica y social, el número de trabajadoras sexuales ha ido supuestamente en aumento. En este nuevo contexto, sostiene Nguyen-Vo (2002) el estado ha encontrado una nueva forma de control en el uso de la salud pública y la experiencia médica profesional. Estos profesionales describen ahora a las prostitutas y a sus riesgos de salud (deshumanizadas a través de

la investigación científica) como una inminente amenaza a la salud de la nación. La salud pública y los profesionales médicos no están ciertamente solos en este esfuerzo, ya que la explosión de la cobertura de los medios de comunicación sobre el trabajo sexual comercial, ha ayudado a proyectar la imagen de las prostitutas como una amenaza al público (Huynh *et al.*, 2004). Esta imagen de una amenaza pública profesionalmente construida, les permite a los profesionales de la salud pública y al estado, recetar más medidas de intervención contra los cuerpos de las trabajadoras sexuales. Por el contrario de la época socialista, cuando la prostituta era tratada como un “recipiente de enfermedades que debía ser expulsado o erradicado”, ahora es “la incrustación de su cuerpo en el cuerpo de la nación”, que hace que esto último sea tan visible como una entidad que necesita ser protegida a cualquier precio (Nguyen-vo, 2002).

Sin embargo, la lucha contra la “inminente amenaza” que representan las prostitutas, mayoritariamente de clase baja, no involucra tan sólo al estado con sus medidas administrativas, o a los profesionales médicos y de salud pública con sus intervenciones “más humanas y efectivas”, sino también a las amas de casa de la, cada vez mayor, clase media con sus cuerpos y su recién descubierta femineidad. Como también lo muestra Nguyen-Vo, el discurso médico y de salud pública ofrece muy poco, como no sea instar “a las esposas y esposas potenciales de las clases medias, a que compitan por el interés sexual de sus hombres, contra las tentaciones de las prostitutas”. Esto resulta evidente en la creciente industria de libros de auto ayuda y de centros de terapia, que se enfocan principalmente en enseñar a las esposas de clase media de las zonas urbanas, acerca de “la femineidad burguesa” y de las “necesidades sexuales” que pudieran ayudarlas a proporcionar a sus esposos un placer apropiado para su clase. Por lo tanto, el orden socio-sexual preferido y mantenido por el estado es construido antes que nada, “dentro de los confines higiénicos de la cama conyugal [aceptados social y políticamente]” (Nguyen-vo, 2002).

Para desarrollar este original análisis de Nguyen-vo es posible concluir que, como amas de casa, las mujeres no están totalmente fuera de escena en la lucha contra el VIH/SIDA. Siguen siendo de gran importancia, debido a que son quienes mantienen la imagen de “la familia feliz y próspera” que, entre otras cosas, debe estar libre de enfermedades potencialmente devastadoras como el SIDA. También siguen siendo de gran importancia para el estado, porque son ellas quienes mantienen el orden socio-sexual considerado apropiado para su proyecto de construcción de nación. Por otro lado, resulta importante

que el estado construya la categoría de “mujeres que comercian con el sexo” (*gai ban dam*) y los cuerpos de las trabajadoras del sexo, con el fin de sostener el orden socio-sexual que convierte al mantenimiento de la “familia próspera y feliz” en una tarea perpetua para las amas de casa, en la época posterior a *Doi Moi*. Y, sin embargo, las vulnerabilidades y riesgos de las amas de casa, han recibido muy poca atención, lo que irónicamente podría hacer que el proyecto de construcción de la nación se derrumbe en cualquier momento.

Con ayuda de la experiencia profesional médica y de salud pública, que se desarrolló a lo largo de la época de la planificación familiar y que floreció con el advenimiento del VIH/SIDA, el estado post *Doi Moi* ha fomentado su tecnología de poder, para complementar su arsenal de herramientas leninistas de gobierno.

Desde la planificación familiar hasta el VIH/SIDA, el estado ha reordenado completamente los asuntos privados, tales como la intimidad, la sexualidad, y la reproducción, de acuerdo a sus intereses de construcción de la nación, y ha convertido la sexualidad y los cuerpos de las mujeres en un asunto de estado. A pesar del visto bueno del estado al discurso de emancipación de las mujeres, a lo largo de la época socialista, y del nuevo discurso de empoderamiento de las mujeres, en la época post *Doi Moi*, la reproducción y la sexualidad de las mujeres no han sido autónomas, como nunca lo fueron bajo la estructura tradicional de la familia extensa. Nosotros sostendríamos que esta es la segunda continuidad que existe, mientras Vietnam pasa de la época de la planificación familiar a la del VIH/SIDA.

CONCLUSIÓN: AVANZANDO EN LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En este artículo presentamos primeramente que, en las primeras décadas de planificación familiar en Vietnam, los encargados de las políticas se encontraban bajo una enorme presión para asegurarse de que el crecimiento de la población se mantuviera controlado y que el desarrollo económico no se viera afectado por lo que ellos consideraban como “la sobrepoblación”. Esto condujo a la introducción de diferentes políticas, en las que, para lograr objetivos demográficos, resultaba relevante el énfasis en el control de la fertilidad. En la medida en que estos objetivos fueron ampliamente logrados y mientras el estado abría sus procesos de elaboración de políticas a mayores influencias externas, incluyendo a donadores y a tratados internacionales, las políticas

que fueron introducidas en los primeros años de este milenio, han avanzado hacia una agenda más integral, que toma en cuenta la integración de la población y el desarrollo y la salud y los derechos reproductivos.

Durante el desarrollo de la población y la planificación familiar, como una prioridad social y de salud, el VIH/SIDA entró en el escenario a comienzos de la década de los noventa. A medida que el número de casos de VIH/SIDA crecía rápidamente, la cobertura de los medios de comunicación y el financiamiento de donadores para el VIH/SIDA aumentaba desproporcionadamente, en comparación con la cobertura mediática y el financiamiento para la planificación familiar. Mientras que el gobierno respondía rápidamente con políticas de VIH/SIDA, dirigidas a detener la propagación de la epidemia, estas primeras políticas estuvieron plagadas de asuntos polémicos. Estos asuntos, sostenemos, fueron mayormente el resultado del conflicto entre la aparente necesidad de proteger los derechos y los intereses de aquellos que habían sido infectados y afectados por el virus y que provenían en forma desproporcionada de las filas inferiores de la sociedad.

Este conflicto refleja la gran dificultad que significaba para el estado encontrar un equilibrio entre lo que percibe el estado y define como en el interés de la sociedad y del país, y los intereses de individuos y grupos con los que esos intereses patrocinados por el estado pudieran estar en conflicto. En años recientes, en la medida en que la comunidad internacional ha jugado un mayor papel en el financiamiento y elaboración de políticas del VIH/SIDA, se han introducido nuevas políticas que probablemente reflejen la nueva perspectiva, al interior del estado, de que es posible lograr un equilibrio entre estas dos exigencias. De manera similar, la acción hacia una agenda más amplia de la salud y los derechos reproductivos en las políticas de población, refleja también esta nueva perspectiva. Y aún así, hay muchos desafíos para poder traducir esas políticas en la práctica, incluyendo el fantasma de ese equilibrio público/privado. La historia del “aumento súbito de población” que mencionamos anteriormente, es un ejemplo de cómo este fantasma pudiera regresar a perseguir al estado, aún cuando pareciera que el estado lo ha trascendido.

Hemos mostrado además, que la falta de una sociedad civil fuerte que pudiera servir como defensora del cambio, más que depender por completo de los individuos al interior del estado y en la comunidad de donantes, refleja la continuidad en el cambio descrito anteriormente. En controversias como la historia del “aumento súbito de población,” el papel de la sociedad civil resulta importante para recordarle al estado y a los donantes su compromiso con respecto al cambio. Otro aspecto de la continuidad es el interés

en controlar y regular los cuerpos y la sexualidad de las mujeres, para servir al siempre cambiante proyecto de construcción de la nación, auspiciado por el estado. En la medida en que los cuerpos y la sexualidad de las mujeres se encuentren incluidos en este proyecto y por lo tanto relegados como dominio del estado, las mujeres seguirán viendo devaluada su autonomía sexual y reproductiva, como lo fue durante la estructura patriarcal en la familia extensa tradicional. Estos dos aspectos de continuidad no están desconectados, ya que las historias exitosas en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos han demostrado que el poder de uno se traducirá en el éxito del otro (Parker *et al.*, 2004; Petchesky, 2003).

En este artículo hemos elegido examinar la planificación familiar y el VIH/SIDA porque los consideramos no solamente como dos programas de salud pública diferentes, sino más bien como dos paradigmas en el enfoque y control de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La planificación familiar se enfoca principalmente en controlar el sexo procreador sin protección, muy a menudo dentro del contexto del matrimonio heterosexual. Por otro lado, el sexo no procreador inseguro, muy a menudo fuera del contexto del matrimonio, ha sido la principal preocupación de la prevención del VIH/SIDA. La literatura sobre VIH/SIDA se encuentra plagada de estudios acerca del riesgo del sexo no procreador inseguro, tal como el sexo “comercial”, el sexo adolescente, y el sexo homosexual, mientras que los estudios demográficos han avanzado muy poco más allá del sexo entre parejas heterosexuales, legalmente registradas. Visto de este modo, en la medida en que Vietnam avanza de un extremo al otro del continuum, la lucha por romper este continuum y las dinámicas subyacentes que lo han mantenido, le han añadido importancia. En el contexto de las transformaciones globales y nacionales, en las que la diversidad y la heterogeneidad representan la norma, creemos que romper esta continuidad será en el mejor beneficio del desarrollo de Vietnam.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M., Beyrer, C., y Soucat, A. (2003). AIDS and public policy: The lessons and challenges of “success” in Thailand. *Health Policy* 64, pp. 13-37.
- Anh, H.-T. (2005). Three criteria program through the lenses of gender equality and women’s empowerment. En T.-H. Minh, H.-T. Anh, & B.-T.-T. Mai (eds.) *Link between gender, sexual and reproductive health in Vietnam*, pp. 36-60. Hanoi: Medical Publishing House.
- Berer, M. (2003). HIV/AIDS, sexual and reproductive health: Intimately related. *Reproductive Health Matters* 11, pp. 6-11.
- Fordham, G. (2001). Moral panic and the construction of national order: HIV/AIDS risk groups and moral boundaries in the creation of modern Thailand. *Critique of Anthropology* 21, pp. 259-316.
- Gammeltoft, T. (1999). *Women’s bodies, women’s worries: Health and family planning in a Vietnamese rural community*. Richmond, Surrey, Inglaterra: Curzon Press.
- Gammeltoft, T. (2001). Faithful, heroine and resourceful: Changing images of women in Vietnam. En J. Kleinen (ed.) *Vietnamese society in transition: The daily politics of reform and change* pp. 265-80. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Go, V.-F.-L., Quan, V.-M., Chung, A., Zenilman, J., Hanh, V.-T.-M., y Celentano, D. (2002). Gender gaps, gender traps: Sexual identity and vulnerability to sexually transmitted diseases among women in Vietnam. *Social Science and Medicine*, 55, pp. 467-81.
- Goodkind, D. (1994). Abortion in Vietnam: Measurements, puzzles, and concerns. *Studies in Family Planning* 25, pp. 342-52.
- Goodkind, D. M. (1995). Vietnam’s one-or-two-child policy in action. *Revista de Población y Desarrollo* 21, pp. 85-111.
- Ha, V.-S. (2005). The harmony of family and the silence of women: Sexual attitudes and practices of married rural women in Vietnam. Consulta para la Inversión en Desarrollo de la Salud. Serie de Informes sobre Género, Sexualidad y Salud Sexual (inédito).
- Huong, N.-T.-M., y Vinh, D. Q. (2004). Women with HIV: Choice and opportunity. Center for Community Health Research and Development (CCRD). Reporte de Investigación (inédito).
- Huong, N.-T.-T., y Duc, P.-T.-M. (2005). Myths and realities of sexuality in later life in urban Hanoi. Reporte de Investigación para el Consorcio de Investigación del Sudeste de Asia sobre Género, Sexualidad y Salud (inédito).
- Huynh, P.-D., Dao, N.-T., y Le Minh, G. (2004). Safe-sex coverage in the media. Vietnam: Dilemmas of Doi Moi. Manila, Filipinas: Sociedad de SIDA de Filipinas.

- Johansson, A. (1998). *Dreams and dilemmas: Women and family planning in rural Vietnam*. Estocolmo: Karolinska Institutet.
- Johansson, A., Lap, N.-T., Hoa, H.-T., Diwan, V.-K., y Eriksson, B. (1998a). Population policy, son preference, and the use of IUDs in North Vietnam. *Reproductive Health Matters* 6, pp. 66-76.
- Johansson, A., Nga, N.-T., Huy, T.-Q., Dat, D.-D., y Holmgren, K. (1998b). Husbands' involvement in abortion in Vietnam. *Studies in Family Planning* 29, pp. 400-13.
- Johansson, A., Tuyet, L.-T.-N., Lap, N.-T., y Sundström, K. (1996). Abortion in context: Women's experience in two villages in Thai Binh Province, Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 22, pp. 103-107.
- Knudsen, L. M. (2006). *Reproductive rights in a global context: South Africa, Uganda, Peru, Denmark, the United States, Vietnam, Jordan*. Nashville, Tenn.: Vanderbilt University Press.
- Long, N. T. (2004). *Management and coordination of HIV/AIDS prevention national programs and grant projects in HIV/AIDS in Vietnam*. http://www.unaids.org.vn/resource/topic/natstrat/man&cordi_tlong_eng.pdf
- Lux, S. J., y Straussman, J. D. (2004). Searching for balance: Vietnamese NGOs operating in a state-led civil society. *Public Administration and Development* 24, pp. 173-81.
- Nguyen-vo, T.-H. (1998). *Governing the social: Prostitution and liberal governance in Vietnam during marketization*. Irvine, California: Universidad de California.
- Nguyen-vo, T.-H. (2002). Governing sex: Medicine and governmental intervention in prostitution. En J. Werner y D. Belanger (eds.) *Gender, household, state: Doi Moi in Viet Nam*, pp. 129-51. Ithaca, Nueva York: Programa del Sudeste de Asia, Universidad de Cornell.
- Nhan, V. Q., y Phuong, N. L. (2004). Chich sach dan so (Population policies). En P. Gurby, N. H. Dung, y P. T. Huong (eds.) *Dan so va phat trien o Viet Nam (Población y Desarrollo en Vietnam)*, pp. 631-662. Hanoi: The Gioi Publisher.
- Parker, R., Mauro, D. D., Filiano, B., García, J., Muñoz-Laboy, M., y Sember, R. (2004). Global transformations and intimate relations in the 21st century: Social science research on sexuality and the emergence of sexual health and sexual rights frameworks. *Annual Review of Sex Research* 15, pp. 362-98.
- Partners, Community of Concerned. (2002). *Key issues in Vietnam's fight against HIV/AIDS*. http://www.unaids.org.vn/about/ccp/ccp_keyissues.pdf.
- Petchesky, R. (2003). *Global prescriptions: Gendering health and human rights*, pp. xiv, 306. Londres, Nueva York: Zed Books en asociación con el Instituto de Desarrollo Social de las Naciones Unidas; distribuido en EE.UU en exclusiva por Plagave.

- Pettus, A. (2003). *Between sacrifice and desire: National identity and the governing of femininity in Vietnam*, pp. xi, 244. Nueva York: Routledge.
- Reynolds, J., Chamrathirong, A., y Dat, D. V. (2000). Vietnam external evaluation of the UNFPA fifth country program, Hanoi: UNFPA.
- San, P.B., Dung, P.H., Hong, K. T., Oanh, K. T. H., y Tuan, T. (2002). Evaluation of the national AIDS program January 1996 to June 2001 in Vietnam. Hanoi: UNDP, Ministerio de Salud, Ausaid.
- Scornet, C. (2001). An example of coercive fertility reduction, as seen in the region of the Red River Delta in Vietnam. *Population: An English Selection* 13, pp. 101-34.
- Tran, T. N., Detels, R., Long, H. T., y Lan, H. P. (2005). Drug use among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Addiction* 100, pp. 619-625.
- UNCT. (2004). Common country assessment for Vietnam. Hanoi: Naciones Unidas.
- UNFPA. (2005). *Vietnam population growth – What does the data tell us?* Hanoi: UNFPA.
- Vietnam SRO. (2006). Second country report on following up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Hanoi.
- Werner, J. (2002). Gender, household, state: Renovation (Doi Moi) as a social process in Vietnam. En J. Werner, y D. Belanger (eds.) *Gender, household, state: Doi Moi in Vietnam*, pp. 29-47. Ithaca, Nueva York: Programa del Sudeste Asiático Universidad de Cornell.
- Werner, J. (2004). State subject making and womanhoods in the Red River Delta of Vietnam 1. *Asian Studies Review* 28, No. 2:115-31.
- Wischermann, J. (2003). Vietnam in the era of Doi Moi: Issue-oriented organizations and their relationship to the government. *Asian Survey* 43:867-89.
- World Bank. (2006). Vietnam Development Report 2006: Business, joint donor report to the Vietnam consultative group meeting, Hanoi.

