

# EL PROYECTO PEDAGÓGICO DE LA ONG “BASIDA”

Juan Agustín Franco

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación consiste en analizar las características del proyecto pedagógico de una ONG especializada en la atención a enfermos de SIDA, denominada “Basida”. Para lograr el objetivo propuesto se realiza un análisis empírico de la estructura educativa de esta comunidad terapéutica para enfermos de VIH/SIDA. Las principales variables consideradas en el estudio hacen referencia a datos de 10 años, de 1996 a 2005, relativos al número de personas residentes y voluntarias, clasificando éstas últimas conforme a su nivel de dedicación temporal en 2005.

**PALABRAS CLAVE:** Basida, Voluntariado, Proyecto educativo.

## ABSTRACT

The main aim of this research focus on analyzing the pedagogic project's features of a NGO which is specialized in the service for AIDS sufferers, called “Basida”. An empirical analysis of the educational structure of this therapeutics fellowship for HIV/AIDS sufferers is made to reach the proposed goal. The main and considered variables at this work refer to ten years' data, from 1996 to 2005, related to the number of resident and voluntary people, classifying those ones according to their level of temporal dedication.

**KEY WORDS:** Basida, Volunteering, Educational project.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este estudio es analizar el proyecto educativo de una ONG española especializada en la enfermedad del SIDA, denominada Basida ([www.basida.org](http://www.basida.org)). Haciendo especial hincapié en una perspectiva de género, relacionada con el papel que las mujeres desempeñan en la problemática de esta enfermedad, por un lado como enfermas y por otro como cuidadoras de las personas enfermas

Para alcanzar el objetivo propuesto se realiza en primer lugar una panorámica general sobre la problemática del SIDA, evidenciando la importancia de abordar el estudio de esta cuestión desde una óptica de género. Posteriormente se realiza un estudio del proyecto pedagógico de “Basida”, analizando un conjunto de variables sociológicas correspondientes al año 2005, recogidas en la “Memoria de gestión de actividades 2005” de la entidad, particularmente el número de voluntarios clasificados según sexo, departamento en el que desempeñan su actividad y tipo de dedicación; así como el número de personas enfermas (“residentes”) según el sexo. Además,

para conocer más de cerca el día a día de la asociación se realizaron varias estancias de investigación colaborando como voluntarios en Basida-Navahondilla entre 2002 y 2005, siendo el periodo más largo de permanencia a tiempo completo el comprendido entre 25/12/2002 y 25/05/2003. Por tanto, la hipótesis que se pretende contrastar es que la enfermedad del VIH/SIDA está sufriendo un paulatino proceso de feminización desde las dos vertientes que puede abordarse la misma, desde el lado de la población afectada por el virus y desde el lado de la población que realiza los trabajos para paliar sus efectos, que van desde la prevención al cuidado de los enfermos terminales.

El proceso educativo en relación al SIDA puede abordarse desde dos ópticas diferentes, pero complementarias:

- El proceso educativo en la persona enferma. En Basida este proceso se enmarca en el programa de “desintoxicación y de rehabilitación social, prevención y asesoramiento en VIH/SIDA”.
- El proceso educativo en la persona voluntaria. En Basida este proceso se enmarca en el programa de “formación de voluntariado”.

El primer enfoque es el más estudiado, puesto que el SIDA constituye una encrucijada de múltiples formas de violencia contra la mujer, específicamente la mujer del Tercer Mundo. Las mujeres con VIH/SIDA se ven relegadas a una vida mísera, estigmatizadas, discriminadas y sometidas a más violencia en su entorno familiar y en la comunidad en general. Las mujeres pobres infectadas por el VIH se ven particularmente privadas de medios por su falta de acceso a la asistencia médica y a todo tipo de justicia. Muchos de los factores asociados a la posición subordinada de la mujer aumentan el riesgo de infección por el VIH. Entre esos factores se encuentran los siguientes: el analfabetismo y la pobreza, las situaciones de conflicto, la falta de autonomía sexual, la violencia sexual, la multiplicidad de compañeros sexuales, la trata destinada a la explotación sexual, la mutilación genital y otras prácticas nocivas, la prostitución y el matrimonio precoz.

Pero también resulta cada vez más importante el estudio de las relaciones entre la Mujer y el SIDA desde la óptica de las mujeres no como afectadas por el virus, sino como cuidadoras de las personas infectadas. De forma “obligatoria” en los países del Sur, y de manera “voluntaria” en el Norte. Por ejemplo, se ha investigado en una aldea de Tanzania que un tercio del trabajo doméstico correspondía a asuntos relacionados con la enfermedad del SIDA. Otras investigaciones han estimado que un 90% de la asistencia dedicada a la enfermedad se proporciona en el hogar. En Swazilandia la matriculación escolar ha descendido en un 36% por causa del SIDA, y esa reducción afecta primordialmente a las niñas (ONUSIDA, 2004).

Por otra parte, se trata de un fenómeno de creciente interés, particularmente en las sociedades “avanzadas” del Primer Mundo, ligado al incremento de ONGs y de actividades de voluntariado de todo tipo, incluyendo la creación de nuevos puestos de trabajo relacionados con la asistencia social de los colectivos más vulnerables (enfermos, ancianos, infancia, inmigrantes, minorías étnicas), desempeñados mayoritariamente por mujeres, como consecuencia de la precariedad laboral y del efecto de segregación horizontal en el empleo, es decir, las mujeres trabajan en sectores de actividad económica donde reproducen el papel tradicional de responsables del mantenimiento de la familia y el hogar (Artazcoz et al, 2004; Llopis y Agost, 2000).

## EL PROBLEMA DEL SIDA EN UN MUNDO GLOBALIZADO

En la actualidad el VIH/SIDA es la principal causa de mortalidad en el África Subsahariana y la cuarta en el mundo. Aunque países como Brasil, Senegal, Tailandia y Uganda han conseguido frenar su avance, gracias a la aplicación de estrategias de protección de los Derechos Humanos que reducen simultáneamente el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto de la enfermedad. La epidemia del SIDA debe su devastador crecimiento a diversos motivos de discriminación relacionados con el comportamiento, la raza, la edad, la orientación sexual, la renta per capita y el género. Desde la perspectiva de la educación se realiza esta investigación, con la finalidad última de proporcionar pistas para el diseño de programas y diseños curriculares que fomenten el estudio de los Derechos Humanos relacionados con esta enfermedad.

Las condiciones sociales y económicas precarias de la mujer incrementan notablemente su vulnerabilidad a la infección con el VIH. Combatir la discriminación contra la mujer y promover su igualdad y participación en relación con sus derechos reduce la vulnerabilidad de las mujeres (adultas y menores) a la infección.

La primera estrategia mundial de lucha contra el SIDA surgió en 1987 mediante la Resolución 40.26 de la Asamblea Mundial de la Salud. A partir de entonces los vínculos entre la enfermedad del VIH/SIDA y los derechos humanos se han reflejado en variadas legislaciones internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer. Desde la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, el VIH/SIDA se ha convertido en la epidemia más devastadora por sí sola de la historia moderna (Ertürk, 2003). En 2003 causó la muerte de más de 3 millones de personas en todo el mundo (ONUSIDA, 2003).

Figura 1



Los datos a nivel mundial sobre población afectada de VIH/SIDA demuestran claramente cómo el porcentaje de enfermos es significativamente mayor en las regiones más atrasadas económicamente, como se aprecia en la Figura 1. Además, los datos de los organismos internacionales constatan que la incidencia es mayor entre las mujeres que viven en regiones pobres, donde a su vez se encuentran las mayores tasas de analfabetismo mundial. De forma especial la virulencia del SIDA se percibe en la población africana subsahariana, la cual concentra el 70% de la población mundial afectada en el año 2002, donde, además, la mayoría de personas infectadas son mujeres, y la gran mayoría tiene entre 15 y 24 años (OMS, 2000). Los datos mundiales más recientes estiman que a finales de 2005 había 40 millones de personas infectadas por el VIH, y que en ese mismo año se produjeron 4 millones de casos nuevos y 3 millones de muertes a causa del SIDA (ONUSIDA, 2006).

El papel que el voluntariado está jugando en relación con el SIDA en los países del Norte es muy importante, pues, si bien el mayor porcentaje de personas afectadas es de sexo masculino, en España había 71.039 casos registrados de SIDA a mediados de 2005, correspondiendo a la C.A. de Madrid el 24% de los casos, y siendo el porcentaje total de mujeres del 19,84% (INE, 2007). Sin embargo, son las mujeres las que asumen nuevamente el protagonismo en sus aspectos de prevención, formación y cuidado de los enfermos<sup>1</sup>, aunque en este caso, aparentemente, sin minar su capacidad de decisión, ya que el coste económico de la atención y cuidado de los enfermos es asumido voluntariamente por las mujeres a través de su participación en entidades no lucrativas especializadas en esta enfermedad, lo cual puede ser un signo más de la precariedad laboral en los mercados de trabajo de corte neoliberal. En España se han estimado en más de 14 millones de empleos los trabajos de cuidados no remunerados (CGT, 2004).

El perfil del voluntariado en España es en términos relativos mayoritariamente femenino, destacándose que el 75% de las organizaciones socio-asistenciales o de Acción Social registra una mayoría de voluntariado femenino. Por ejemplo, en la C.A. Valenciana el voluntariado femenino está especializado en actividades de carácter socio-asistencial y con menores (Llopis y Agost, 2000). En 2001 la participación de las mujeres en ONG de Acción Social suponía casi un 60% (Pérez y López, 2002). Otras de las características del voluntariado de Acción Social es su mayor nivel educativo, superior al del personal asalariado y a la media nacional. La edad también les define, en su mayoría no superan los 30 años (Plan Estatal del Voluntariado 2005-2009).

---

<sup>1</sup> En todo el mundo se acepta que la mujer debe ocuparse de las tareas domésticas y de atender a los miembros de la familia, más si cabe cuando están enfermos (ONUSIDA, 2007; Cazenave et al, 2005; CGT, 2004).

**TABLA 1: PORCENTAJES DE LAS OPINIONES DE LOS JÓVENES ESPAÑOLES SOBRE ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO DE LAS ONGS. AÑO 2003.**

Actividades de voluntariado	muy y bastante interesante	poco y nada interesante	ns/nc	Total
Derechos Humanos	92,4	6,2	1,4	100
Minusválidos	91,7	7,1	1,2	100
Medioambiente	91,3	7,5	1,2	100
<b>SIDA</b>	91,1	7,6	1,3	100
Formación personas con dificultades	91,0	7,7	1,3	100
Infancia	90,8	7,9	1,3	100
Tercer Mundo	90,4	8,1	1,5	100
Ancianos	88,5	10,2	1,3	100
Drogodependientes y/o alcohólicos	81,9	16,4	1,7	100
Inmigrantes	78,4	19,8	1,8	100
Fuente: CIS. Sondeo sobre la juventud española, 2003				

En cuanto a la valoración que dan los jóvenes españoles a las actividades de voluntariado relacionadas con la lucha contra el SIDA, ésta es valorada como "muy interesante" y "bastante interesante" por un 91,10%, ocupando el 4º lugar, por detrás de actividades relacionadas con los DD.HH., los minusválidos y el medioambiente (Tabla 1).

<b>TABLA 2: ENTIDADES ESPAÑOLAS ESPECIALIZADAS EN VIH/SIDA. AÑO 2007</b>			
<b>CC.AA.</b>	<b>Nº de entidades</b>	<b>CC.AA.</b>	<b>Nº de entidades</b>
Andalucía	7	Islas Baleares	2
Aragón	2	Islas Canarias	2
Asturias	1	La Rioja	1
Cantabria	1	Madrid	23
Castilla-La Mancha	1	Murcia	1
Castilla y León	2	Navarra	2
Cataluña	31	País Vasco	7
Extremadura	1	Valencia	3
Galicia	1	TOTAL	88
Fuente: Elaboración propia a partir de <a href="http://www.gaispositius.org">www.gaispositius.org</a>			

La Tabla 2 muestra el número de entidades relacionadas con el SIDA por Comunidades Autónomas, contabilizándose en España un total de 88 entidades, concentrándose más del 60% en Madrid y Cataluña. No obstante hay que señalar que no existen estadísticas oficiales sobre voluntariado a nivel estatal, los datos disponibles proceden de investigaciones y estudios realizados por entidades públicas o privadas a partir de la segunda mitad de los 90 (Plan Estatal del Voluntariado 2005-2009).

## **EL PROYECTO PEDAGÓGICO DE BASIDA**

Basida se define como entidad de carácter social sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública. Basida se funda en 1989 en Aranjuez con el objetivo de afrontar la problemática social de la enfermedad del SIDA en España. Problemática relacionada fundamentalmente con los siguientes aspectos:

- Riesgos de transmisión.
- Situaciones personales y familiares de marginalidad, incluyendo las situaciones de privación de libertad en centros penitenciarios españoles.
- Ausencia de vacuna o tratamiento médico eficaz.
- Aumento progresivo del número de personas afectadas.

La importancia social de una pedagogía orientada a la problemática del SIDA que articule de forma armónica y solidaria a los dos grupos de actores implicados directamente (enfermos y

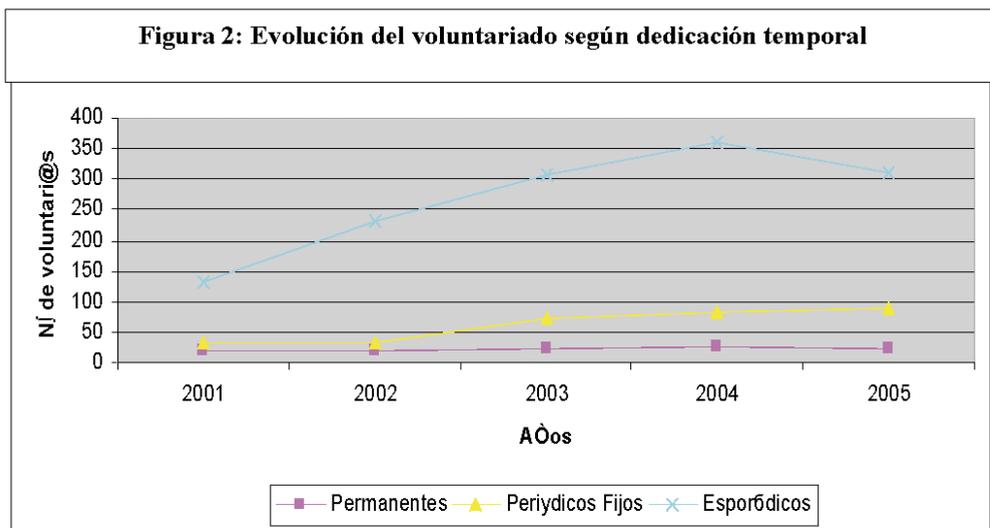
voluntarios cuidadores) se refleja en múltiples hechos relacionados con la marginación social derivada de la incomprensión sobre los riesgos de transmisión de la enfermedad.

A partir de esta realidad, Basida se estructura en torno a 3 casas de acogida (Aranjuez en 1990, Manzanares en 1996 y Navahondilla en 1997) y 5 programas: casa de acogida para enfermos de VIH/SIDA, centro de desintoxicación y de rehabilitación social, prevención y asesoramiento en VIH/SIDA, formación de voluntariado, y centro de reinserción social para exdrogodependientes y afectados por el VIH/SIDA.

Otra característica relevante de Basida es que el equipo permanente de profesionales que se dedican a la atención y desarrollo de los diversos programas es personal voluntario, que vive en las propias casas, con dedicación altruista y a jornada completa. También hay voluntarios a tiempo parcial, clasificados en "periódicos fijos" y "esporádicos". Por este motivo resultan de gran importancia las aportaciones económicas de socios y subvenciones, mayoritariamente públicas. El equipo profesional se agrupa en varios departamentos: dirección y gestión, trabajo social, jurídico, psicológico, educativo, sanitario, formación sociolaboral, alimentación y voluntariado no permanente. Las actividades desarrolladas por el Departamento Educativo son múltiples y abordan de forma integral todos los aspectos formativos que demanda una persona, y específicamente personas con características especiales. Estas actividades se refieren a talleres de manualidades, de lectura, de teatro, de educación afectiva, etc.

**TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS POR SEXOS DE LOS VOLUNTARIOS SEGÚN DEPARTAMENTOS EN BASIDA. AÑO 2005.**

<b>Departamentos</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>TOTAL</b>
Junta Directiva	5	3	8
Trabajo Social	4	0	4
Jurídico	6	7	13
Psicológico	7	1	8
Educativo	13	5	18
Médico	14	8	22
Monitores	6	12	18
Alimentación	3	1	4
Colaboraciones	8	17	25
Total	66	54	120
Fuente: Elaboración propia a partir de Basida (2006).			



Fuente: Elaboración propia a partir de Basida (2006).

La principal característica sociológica que define la realidad pedagógica en Basida se refiere a las diferencias de género tanto en el porcentaje de residentes en las 3 casas de Basida, como en el de las personas voluntarias que se dedican a su atención a través de los diferentes departamentos (Tabla 3).

Por su parte, los residentes se subdividen en diversas clases en función de su problemática principal (VIH y/o drogas) y problemáticas añadidas (demencias, trastorno psiquiátrico, discapacidad física y otras), mientras que los voluntarios se clasifican según su temporalidad en “permanentes”, “periódicos fijos” y “esporádicos”, siendo los voluntarios esporádicos el grupo más numeroso y que mayor crecimiento ha presentado en los últimos años (Figura 2). Específicamente, en la Tabla 4 se observan las frecuencias absolutas de hombres y mujeres en la población residente y voluntaria en el total de las 3 casas en 2005.

<b>TABLA 4: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LA POBLACIÓN TOTAL DE BASIDA EN 2005</b>			
<b>Población</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Voluntari@s	177	248	425
Residentes	92	25	117
Total	269	273	542

Fuente: Elaboración propia a partir de Basida (2006).

La Tabla 4 muestra cómo, pese a que la proporción de hombres y mujeres en el total es equitativa, las diferencias son significativas según el tipo de subgrupo que se considere. Así, entre la población voluntaria, las mujeres representan el 58,35%. Mientras, entre la población residente, los hombres constituyen el 78,63%, proporción similar en todo el periodo de estudio, 1996-2005. En consecuencia, la relación voluntarios/residentes por sexos sería de 1,92 para los hombres y de 9,92 para las mujeres, es decir, en término medio hay aproximadamente 2 hombres voluntarios para atender a cada hombre residente, mientras que la relación equivalente en mujeres es de 10 a 1, tasa 5 veces superior a la masculina. Siendo la media global de 3,63 personas voluntarias por cada residente (sin distinción de género).

Otros datos de carácter general se refieren al incremento paulatino de la población extranjera residente entre 1996 y 2005, pasando de un 3% al 18% actual, como reflejo del fenómeno inmigratorio en España. El incremento de los procedentes de instituciones penitenciarias, un 21% en 2005. Mientras que los porcentajes de reinserción social son de un 33% en Aranjuez, un 20% en Manzanares y un 13% en Navahondilla.

## CONCLUSIONES

Del análisis realizado se desprenden algunas conclusiones interesantes relacionadas con las dos vertientes de estudio consideradas. Por un lado, las mujeres afectadas por el VIH/SIDA son aproximadamente una cuarta parte de la población residente en Basida, mientras que por otro lado, las mujeres dedicadas voluntariamente a las tareas de cuidados de los residentes representan el 60% del total de voluntarios. En otros términos, en Basida existe con respecto a un reparto ideal paritario un desfase de "responsabilidad social masculina" equivalente al 35% de hombres que tienen que ser cuidados por mujeres. En términos económicos supone como mínimo un déficit bruto de más de cinco millones de euros anuales o un déficit neto de remuneración equivalente a más de tres millones de euros anuales.

Con respecto a los fenómenos de segregación horizontal y vertical en las diferentes tareas desempeñadas por el personal voluntario cabe decir que sí se observa cierta segregación por cuestiones de género en la distribución del personal por departamentos (Trabajo Social, Psicológico, Educativo y Médico) con respecto a la distribución social de dichas profesiones en el mercado de trabajo español, particularmente en el ámbito universitario.

Desde una perspectiva pedagógica los principales aspectos que cabría destacar se refieren a la importancia creciente que en Basida tienen los elementos de integración y reinserción social derivados de fases crónicas de enfermedades estigmatizadas socialmente, como el SIDA, aunque cada vez menos. Tales aspectos van de la mano de situaciones de riesgo de exclusión social ligadas a la inmigración, la drogadicción, la delincuencia y la prostitución. En particular, Basida ejerce una función "bisagra" entre el proceso educativo y los procesos de resocialización, cuyo rostro es preponderantemente femenino, en consonancia con la realidad de este tipo de voluntariado en España.

## BIBLIOGRAFÍA

- Artazcoz, L.; Escriba-Agüir, V. y Cortés, I. (2004). Género, trabajos y salud en España, *Gaceta Sanitaria* 18 (2). Pp. 24-35.
- BASIDA (2006). Memoria de gestión y actividades. Basida 2005. Aranjuez: Basida.
- Cazenave, A.; Ferrer, X.; Castro, S. y Cuevas, S. (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud, *Revista Chilena Infectología*, 22 (1). Pp. 51-57.
- CGT (2004). Precariedad y cuidados, *Materiales de Formación, Cuaderno 3*, noviembre 2004. Madrid: CGT.
- CIS (2003). Sondeo sobre la juventud española. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ertürk, Y. (2003). “Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: la violencia contra la mujer”. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y sus consecuencias. ONU, Comisión de Derechos Humanos. Documento E/CN.4/2004/66 de 26 de diciembre de 2003.
- INE (2007). “Anuario Estadístico de España 2006”.
- Llopis, M.A. y Agost, M.R. (2000). “La participación de los estudiantes en el programa de formación de voluntariado en la Universitat Jaume I”. V Jornades de Foment de la Investigació en Ciències Humanes i Socials. Castelló, 3 a 9 de mayo de 2000.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Plan del Voluntariado 2005-2009. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS (2000). “La violencia contra la mujer y el VIH/SIDA” Reunión organizada por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra del 23 al 25 de octubre de 2000.
- ONUSIDA (2001). “El VIH/SIDA y los derechos humanos”. Asamblea General sobre el VIH/SIDA. Mesa redonda 2. Periodo extraordinario de sesiones, 15 junio 2001. Documento A/S-26/RT.2
- ONUSIDA (2003). Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA..
- ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA y OMS (2002). Estadísticas sobre la incidencia del SIDA en el mundo. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006). From advocacy to action: A progress report on UNAIDS at country-level. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). “Atención, mujer y SIDA”. Documento de antecedentes. Coalición Mundial sobre la mujer y el SIDA. ONUSIDA. Ginebra. Disponible en [http://data.unaids.org/GCWA/GCWA\\_BG\\_Care\\_es.pdf](http://data.unaids.org/GCWA/GCWA_BG_Care_es.pdf) Fecha de consulta: 2/03/2007.
- Página web de Basida: [www.basida.org](http://www.basida.org)
- Página web de entidades españolas especializadas en el SIDA: [www.gaispositius.org/asoc\\_VIH\\_ESPc.html#ext](http://www.gaispositius.org/asoc_VIH_ESPc.html#ext)
- Pérez, V. y López, J.P. (2002). El Tercer Sector Social en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.