

Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA

UNA NUEVA ORIENTACIÓN

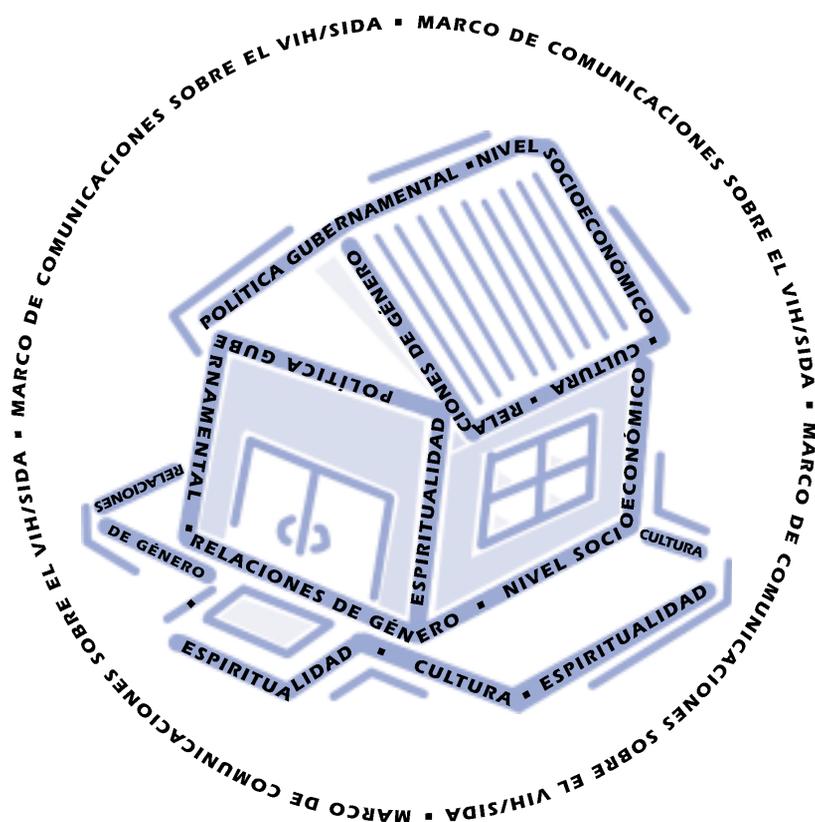


Un proyecto del
ONUSIDA/
PENNSTATE



Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA

UNA NUEVA ORIENTACIÓN



Un proyecto del
ONUSIDA/PENNSTATE

ONUSIDA (versión española, junio de 2000)

Versión original en inglés, 1999

Communications Framework for HIV/AIDS: A New Direction

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Pennsylvania State University (PennState) 2000. Reservados todos los derechos.

El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA, puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las opiniones expresadas en la presente publicación son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

ONUSIDA – 20, Avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 87

Dirección electrónica: unaids@unaids.org

Internet: <http://www.unaids.org>

Índice

Prólogo

Equipo de informe

Introducción 9

Sinopsis 10

Seminarios consultivos del ONUSIDA 13

Metodología—proceso 13

Metas 16

Objetivos 17

Teorías y modelos utilizados en la prevención del VIH/SIDA 19

Teorías y modelos existentes en el contexto
de las comunicaciones sobre el VIH/SIDA 23

Revisión de los marcos programáticos 27

Ámbitos contextuales: una nueva orientación 31

Política gubernamental 32

Nivel socioeconómico 37

Cultura 40

Relaciones de género 44

Espiritualidad 49

Marcos regionales	53
Hacia un marco africano	54
Hacia un marco asiático	61
Hacia un marco en América Latina y el Caribe	65
El futuro: traducción del marco en estrategias nacionales de comunicaciones	73
El panorama evolutivo de las comunicaciones: hacia unos medios de comunicación participativos	73
Práctica de las comunicaciones y prevención del VIH/SIDA	76
Matriz de las comunicaciones	86
El marco: de local a mundial	89
La metáfora de la «casa-hogar»	94
Apéndices	99
Lista de abreviaturas.....	99
Bibliografía	101
Participantes en los seminarios	107
Ginebra (Suiza)	107
Abidján (Côte d'Ivoire)	108
Washington, DC (EE.UU)	109
Bangkok (Tailandia).....	110
Santo Domingo (República Dominicana)	111

En el presente documento se describen los hallazgos y recomendaciones de una serie de consultas sobre cómo lograr que las comunicaciones sobre el VIH/SIDA sean sustancialmente más eficaces en África, Asia, América Latina y el Caribe.

El SIDA afecta a todos los países del mundo, pero es en los países en desarrollo donde plantea la mayor amenaza para la vida y el desarrollo. En el África subsahariana, una estimación moderada indica que están afectados 150 millones de personas, una cuarta parte de la población. Más de 22 millones de africanos viven actualmente con el VIH/SIDA, y al menos nueve millones han fallecido ya a causa de la enfermedad. En el Sur y Sudeste de Asia, más de 6,7 millones de personas viven con el VIH/SIDA, y en América Latina la estimación es de 1,4 millones. Esas cifras siguen aumentando, con 16.000 nuevas infecciones cada día.

Cabe hacer mención especial de la colaboración que ha permitido producir este documento, principalmente entre el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), The Pennsylvania State University (PennState) de los Estados Unidos y diversos copatrocinadores del ONUSIDA. El informe pudo elaborarse gracias a la participación de investigadores y expertos en comunicaciones, el 80% de los cuales procedente de países en desarrollo, donde trabajan en destacados organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales orientadas a las comunicaciones y el VIH/SIDA.

Las reuniones de consulta conjuntas han demostrado que está justificada una nueva dirección en la forma de diseñar y ejecutar los programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. El nuevo enfoque presentado en este documento propone un manera de combinar la comunicación interpersonal y los medios de comunicación de masas en aspectos clave de la prevención y la asistencia, con el fin de reducir los efectos de la pandemia de VIH/SIDA.

Confiamos en que los asociados nacionales adaptarán este marco de comunicaciones y lo incluirán como parte integral de sus estrategias de prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA.



Graham Spanier, PhD
Presidente, The Pennsylvania
State University



Peter Piot, MD
Director Ejecutivo, ONUSIDA

Agosto de 1999

Equipo de informe

Los AUTORES PRINCIPALES DEL PRESENTE INFORME DE INVESTIGACIÓN fueron Collins O. Airhihenbuwa, Bunmi Makinwa, Michael Frith y Rafael Obregón.

Numerosas personas y organizaciones contribuyeron al contenido de este informe (en la página 107 se ofrece una lista completa). Sus inestimables sugerencias configuraron el documento final, que debería ser objeto de una ulterior adaptación por los diferentes países y usuarios. Queremos agradecer especialmente las aportaciones de David Fitzsimons, Berl Francis, Sylvia Luciani, Erma Manoncourt, Elaine Murphy, Charles Okigbo, Sirichai Sirikaya y Andrea Verwohlt.

El borrador del presente documento se ha presentado en diversos foros internacionales sobre salud y comunicaciones, donde los comentarios y las contribuciones realizados por los participantes también han ayudado a configurar el marco final.

Por último, deseamos expresar nuestra más profunda gratitud a Kathleen Middleton y a Iris Dorfman, así como al departamento editorial y de diseño gráfico de ToucanEd Publishing, por su minuciosidad, seriedad y profesionalismo en el proceso de edición. El excelente diseño gráfico y la presentación de las cuestiones clave de este documento son el resultado de su creatividad y rigor profesional.

Introducción

Bajo los auspicios del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se ha desarrollado un marco nuevo y más adaptable para las comunicaciones relacionadas con el VIH/SIDA. A diferencia de numerosos enfoques previos, este marco se basa más en el contexto social y ambiental que en el comportamiento individual. El marco se desarrolló a través de un proceso participativo guiado tanto por investigadores como por expertos en comunicaciones. La formulación de este marco adaptable implicó la síntesis de experiencias de las regiones de África, Asia y América Latina y el Caribe y la identificación y consideración de los múltiples aspectos de la prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA que requieren diferentes planteamientos. También se incluyeron experiencias de los Estados Unidos y Europa. El supuesto básico del ONUSIDA fue que la lógica y la teoría de las estrategias para el VIH/SIDA debían evolucionar desde el interior de los significados y valores de la población afectada.

Para posibilitar la síntesis del nuevo marco de comunicaciones, el ONUSIDA patrocinó cinco seminarios consultivos en colaboración con The Pennsylvania State University. Los seminarios se celebraron en Ginebra (Suiza) en noviembre de 1997; Abidján (Côte d'Ivoire) en diciembre de 1997; Washington, DC (EE.UU) en febrero de 1998; Bangkok (Tailandia) en julio de 1998, y Santo Domingo (República Dominicana) en enero de 1999. Muchos otros especialistas y colegas revisaron los informes, el consenso y las recomendaciones adoptados en los seminarios.

Sinopsis

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) respondió a la epidemia creciente de VIH/SIDA iniciando un proceso de investigación participativa, llevado a cabo a través de cinco seminarios consultivos, con el fin de examinar el uso mundial de las comunicaciones para la prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA. El objetivo primario era examinar la adecuación de las teorías y modelos existentes de comunicaciones sobre el VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe, confrontándolos con los usos contemporáneos de las comunicaciones en las sociedades occidentales. En los cinco seminarios consultivos (dos mundiales y tres regionales), el ONUSIDA, en colaboración con The Pennsylvania State University (PennState), invitó o consultó a 103 destacados investigadores y expertos en comunicaciones de diferentes partes del mundo.

El principal hallazgo fueron cinco ámbitos contextuales, que son factores prácticamente universales en las comunicaciones para un comportamiento preventivo de la salud frente al VIH/SIDA: ***política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad***. Esos ámbitos interrelacionados formaron la base de un nuevo marco que pudo utilizarse como guía flexible en el desarrollo de intervenciones de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. El comportamiento individual de salud se considera como un componente de este grupo de ámbitos, en vez de constituir el foco primario del cambio en los comportamientos de salud.

La mayoría de los programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA ha tratado de obtener cambios individuales en el comportamiento sexual y social. Aunque algunos aspectos de este enfoque son convenientes y deberían preservarse, los datos derivados de la investigación y la práctica en muchos países indican que los planteamientos existentes adolecen en general de serias limitaciones; así pues, es necesario un foco de atención más amplio. Por otra parte, existe una notable variación interregional en el contexto del VIH/SIDA. Muchas de las teorías, modelos y

marcos que se utilizan actualmente en las regiones no abordan de forma adecuada las necesidades singulares de las comunicaciones sobre el VIH/SIDA. A nivel regional, por ejemplo, se ha subestimado la rentabilidad de los componentes de la comunicación interpersonal en las intervenciones comportamentales sobre el VIH/SIDA.

El reto de esta nueva dirección es asegurar la reorientación de los programas de intervención, con el fin de reconocer que los comportamientos individuales están modelados e influidos por factores y ámbitos dentro de un enfoque contextual más amplio.

1

Seminarios consultivos del ONUSIDA

Metodología—proceso

Se utilizó un criterio de investigación participativa para planificar y ejecutar el desarrollo del nuevo marco. Una ventaja importante de la investigación participativa sobre los métodos tradicionales de investigación es que permite la implicación activa de los que se beneficiarán de los resultados. Así, los participantes-beneficiarios intervienen en la definición de los interrogantes, el establecimiento de los parámetros del proceso, la interpretación de los resultados y la dirección del proceso de divulgación. Consecuente con los valores de la investigación participativa, el ONUSIDA inició este proceso solicitando comentarios y aportaciones a un amplio conjunto de destacados investigadores y expertos en comunicaciones de todo el mundo. Más del 80% de los colaboradores y participantes procedían de África, Asia, América Latina y el Caribe. Una consulta amplia de este tipo favorece la flexibilidad para la adaptación regional del marco. La flexibilidad, a su vez, fomenta el sentido de identificación local con el proceso de

ejecución, ya que esta última fase, la más importante de todas, se lleva a cabo a nivel local, en los países y las comunidades.

En total, se celebraron cinco seminarios consultivos. Dos de ellos fueron mundiales y los otros tres regionales (uno en África, otro en Asia y el tercero en América Latina y el Caribe). En noviembre de 1997 se invitó a 15 investigadores y expertos en comunicaciones sobre el VIH/SIDA para que asistieran a un seminario consultivo inaugural en la sede central del ONUSIDA en Ginebra (Suiza). El propósito era que empezaran a revisar las teorías y modelos que se utilizan actualmente para guiar las intervenciones de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Se examinó hasta qué punto esas teorías y modelos eran adecuados para aplicarlos tanto a escala mundial como regional, particularmente en África, Asia y América Latina y el Caribe. Se instó a los participantes seleccionados (véase la página 107) a que aportaran informes sobre temas pertinentes. ***En la primera reunión se llegó al acuerdo unánime de que, a juzgar por una revisión de la documentación y de las experiencias de campo, la mayoría de las teorías y modelos actuales no proporcionaba un fundamento adecuado para desarrollar intervenciones eficaces de comunicaciones sobre el VIH/SIDA en las distintas regiones.*** Se acordó la celebración de nuevos seminarios que recopilaran las aportaciones de investigadores y expertos en comunicaciones de África, Asia y América Latina y el Caribe, con el objetivo último de desarrollar un marco adaptable.

En diciembre de 1997 tuvo lugar el primer seminario regional en Abidján (Côte d'Ivoire). Este seminario aprovechó el cúmulo de experiencia de los participantes en la Conferencia Internacional sobre el SIDA/ETS en África, que se estaba celebrando simultáneamente. Se convocaron dos grupos de discusión acerca de las comunicaciones sobre el VIH/SIDA en África. Uno de ellos se llevó a cabo en inglés (19 miembros), y el otro en francés (18 miembros). Los participantes eran investigadores y expertos en comunicaciones implicados en la problemática de las comunicaciones sobre el VIH/SIDA en África. Algunos de ellos estaban realizando intervenciones preventivas y asistenciales de Información, Educación y Comunicación (IEC) y Comunicaciones para el Cambio de Comportamiento (CCC) en diferentes organizaciones y países africanos. La conclusión de este seminario confirmó la de la consulta inaugural celebrada en Ginebra: *las teorías y modelos vigentes no tenían en cuenta suficientemente las situaciones dispares entre los países y regiones de África*. Se acordó por unanimidad que era imprescindible desarrollar un nuevo marco que incluyera diversas cuestiones y situaciones identificadas.

En febrero de 1998, se celebró en Washington, DC, un tercer seminario consultivo (el segundo mundial) con el fin de revisar la información reunida en las reuniones anteriores. Dado que las conclusiones de ambas reuniones habían sido muy similares, el ONUSIDA decidió acelerar el desarrollo de una nueva estrategia. Para identificar las necesidades en Asia y América Latina y el Caribe, se celebraron sendos seminarios consultivos regionales en Bangkok (Tailandia) los días 6 a 8 de julio

de 1998 y Santo Domingo (República Dominicana) del 20 al 22 de enero de 1999.

Los participantes en esos seminarios fueron seleccionados por su experiencia en comunicaciones, investigación y práctica en el campo del VIH/SIDA. Al ONUSIDA le interesaba especialmente contar con personas que hubieran intervenido de forma activa en el desarrollo y ejecución de estrategias de comunicaciones sobre el VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe.

Los participantes discutieron los planteamientos que habían adoptado en sus áreas respectivas, revisaron los informes de reuniones previas y recomendaron medidas para preparar un nuevo enfoque o marco que resultara más adecuado a sus regiones. Muchos participantes ofrecieron ejemplos de programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA que tuvieron resultados satisfactorios en sus zonas de influencia. Esos ejemplos confirmaron que, en el futuro, las comunicaciones para la prevención y asistencia del VIH/SIDA deberían asegurar el logro de objetivos y resultados mensurables, basados en la experiencia de programas ejemplares en cada región y localidad.

Metas

La meta general de los seminarios de investigación participativa era establecer un marco y una estrategia más apropiados para las comunicaciones sobre el VIH/SIDA en las regiones de África, Asia y América Latina y el Caribe. Al principio, sin embargo, el propósito era

generar ideas sobre cómo desarrollar un nuevo marco y recopilar información acerca de los contenidos que debería abarcar.

Los patrocinadores y organizadores consideraron importante que los colaboradores (y usuarios potenciales) no sólo desarrollaran un nuevo marco, sino también que lo adoptaran y se comprometieran a utilizarlo. Una prioridad capital del proceso era, pues, conseguir un alto nivel de participación de las organizaciones principales.

Objetivos

Los seminarios consultivos se plantearon tres objetivos:

- 1.** Revisar la eficacia potencial de las teorías, modelos, marcos y estrategias existentes en los programas de comunicaciones para la prevención y asistencia del VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe.
- 2.** Proponer directrices para el desarrollo de estrategias nacionales y regionales de comunicaciones sobre el VIH/SIDA.
- 3.** Asesorar los planes de divulgación y ejecución, con el fin de hacer más eficaces las estrategias regionales y nacionales de comunicaciones.

Los investigadores y expertos en comunicaciones, tras revisar las teorías y modelos de comunicaciones de uso habitual, consideraron que tenían una aplicabilidad limitada para la prevención, asistencia y apoyo



relacionados con el VIH/SIDA. Muchas de esas teorías y modelos se centran principalmente en el comportamiento individual y apenas tienen en cuenta el contexto social y ambiental de las intervenciones preventivas. Este hecho se puso aún más de manifiesto cuando, en el curso de las primeras discusiones, se abordó la influencia de los factores sociales y ambientales en la eficacia de las intervenciones sobre el VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe.

2

Teorías y modelos utilizados en la prevención del VIH/SIDA

La comunicación es esencial en las estrategias de prevención encaminadas a influir sobre el comportamiento individual y social. Dado el gran número de variables contextuales que determinan el comportamiento, es obvia la necesidad de reevaluar los enfoques de las comunicaciones para la prevención y asistencia del VIH/SIDA. Esto es especialmente relevante cuando los modelos de comportamiento se importan o adaptan a las regiones del mundo que cargan con el mayor peso de la pandemia: África, Asia y América Latina y el Caribe.

La mayoría de las teorías subyacentes a los modelos y marcos empleados en la prevención del VIH/SIDA procedía del campo de la psicología social y las comunicaciones. Asimismo, muchas de estas formulaciones se han adoptado de los programas de población y planificación familiar, que han logrado difundir satisfactoriamente la comprensión y el uso de la Información, Educación y Comunicación (IEC). Sin

embargo, no existen demasiadas evaluaciones exhaustivas —si es que existe alguna— que hayan analizado la aplicabilidad de estas teorías, modelos y marcos adoptados a las circunstancias especiales de la prevención y asistencia del VIH/SIDA. Una de las mayores incertidumbres, por ejemplo, es si las comunicaciones pueden cualificarse como un factor determinante en los cambios de comportamiento observados. Esto es especialmente cierto cuando están involucrados en ello los medios de comunicación. Tampoco está claro cómo influyen en los resultados las diferencias entre los contextos sociales donde se han originado los modelos comportamentales y los contextos donde cabe esperar que los modelos trasplantados produzcan resultados positivos.

Muchas teorías y modelos de cambio de los comportamientos de salud, incluidos la acción razonada, el aprendizaje social, la teoría cognitiva y la jerarquía de efectos, se basan en la psicología individual. De hecho, los supuestos (como individualismo en oposición a colectivismo) en los que se basan esas teorías y modelos son ajenos a muchas culturas no occidentales. En la mayoría de los contextos no occidentales, la familia, el grupo y la comunidad desempeñan un papel más importante en la toma de decisiones. Y, sin embargo, las teorías y modelos basados en el individualismo siguen dominando las estrategias de comunicaciones para la prevención y asistencia del VIH/SIDA.

Los modelos de cambio de comportamiento utilizados con mayor frecuencia para guiar los programas de comunicaciones de salud son los mismos que se emplean para informar sobre los programas de fomento

de la salud. Dichas teorías y modelos incluyen el modelo de creencia en la salud; la teoría de la acción razonada; las teorías cognitiva y de aprendizaje social; el modelo de reducción del riesgo de SIDA; las etapas del cambio; la jerarquía de efectos; la difusión de innovación, y la comercialización social.

1. El **modelo de creencia en la salud** se desarrolló durante los años cincuenta para prever el uso de la detección sistemática (*screening*) y otros servicios de salud preventivos, así como la respuesta individual a los mismos.
2. La **teoría de la acción razonada** intenta explicar el comportamiento individual examinando actitudes, creencias, intenciones de comportamiento y actos expresados y observados.
3. Las **teorías cognitiva y de aprendizaje social** se basan en la premisa de que el comportamiento individual es el resultado de la interacción entre cognición, comportamiento, entorno y fisiología.
4. El **modelo de reducción del riesgo de SIDA** se basa en la idea de que, antes de que pueda efectuarse un cambio, la persona debe identificar un comportamiento como arriesgado. Cuando el comportamiento se considera arriesgado, se establece el compromiso de reducir dicho comportamiento antes de que se espere la acción para llevarlo a cabo. Se considera que el miedo o la ansiedad y las normas sociales son factores que influyen en el paso de una fase a la siguiente.

5. Las **etapas del cambio** se basan en el concepto de que el cambio de comportamiento individual discurre a través de un proceso con cinco etapas interrelacionadas.
6. Los modelos de **jerarquía de efectos** abordan el cambio de comportamiento individual de una forma lineal. El proceso empieza con la exposición a la información, y se asume que esta fase va seguida necesariamente por el conocimiento, actitudes, ensayos y adopción del comportamiento deseado.
7. La **difusión de innovación** se centra en el proceso de comunicación a través del cual un grupo de población objetivo conoce y utiliza nuevas ideas o productos.
8. La **comercialización social** es un enfoque para promover la aceptabilidad de ideas sociales a través de los medios de comunicación. Las tan conocidas «cuatro P» de la comercialización social (producto, precio, posición y promoción) se han aplicado a la promoción de los preservativos para la prevención del VIH/SIDA.

Aunque se ha cuestionado la eficacia de esas teorías y modelos a la luz del crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA en África, Asia y América Latina, no puede ponerse en duda su valor como teorías y modelos importantes. Por ejemplo, la difusión de innovación sigue siendo una teoría vanguardista de uso generalizado en programas de cambio social. El hecho de que recurra a personas influyentes para que

propaguen información y fomenten el cambio de comportamiento es un elemento fundamental en la mayoría de los programas de comunicación para el desarrollo. Igualmente crucial es la interacción entre el individuo y el entorno en la teoría cognitiva social, aunque la configuración de comportamientos y la autoeficacia parecen ser los ejes comunes de esta teoría. De hecho, Bandura aborda actualmente la importancia de la «eficacia colectiva». Así pues, los participantes reconocieron que los elementos clave de esas teorías y modelos han de seguir desempeñando un papel axial; sin embargo, deberían aplicarse dentro de un marco basado en el contexto, en lugar de centrarse en el comportamiento individual. Conviene destacar que no se discutieron todas las teorías y modelos. Por ejemplo, no se examinó específicamente otro modelo de uso común en los programas de fomento de la salud: el marco PRECEDER-PROCEDER (Green y Krueter, 1999). Como marco director, el PRECEDER-PROCEDER tiene en cuenta el entorno social y político de la salud del individuo, mientras que el nuevo marco del ONUSIDA incluye estrategias de comunicación y fomento de la salud entroncadas con el contexto.

Teorías y modelos existentes en el contexto de las comunicaciones sobre el VIH/SIDA

Estos modelos y teorías, basados en principios similares, se diseñaron para abordar la prevención de la salud desde perspectivas individuales, lineales y racionales. Aunque se ha confirmado que pueden ser eficaces para afrontar determinadas enfermedades en sociedades

concretas, incluidos los países en desarrollo, los participantes llegaron a la conclusión de que era necesario revisar las teorías y modelos que se emplean para transmitir los mensajes de prevención y asistencia del VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe. Así, aunque estos modelos y teorías han acrecentado los conocimientos y la sensibilización sobre el VIH/SIDA, no han producido cambios equiparables en el comportamiento.

Intentar influir en el comportamiento no es una medida suficiente si, al mismo tiempo, permanecen inalterables los factores sociales subyacentes que lo modelan.

Muchos programas de comunicaciones y fomento de la salud se articulan sobre el supuesto de que lo único que se requiere es un cambio de comportamiento, cuando, en realidad, es poco probable que ese cambio sea duradero si no llega a producirse un cambio social mínimo. Esto exige prestar atención a los diferentes contextos sociales.

Las comunicaciones sobre el VIH/SIDA deben ser culturalmente apropiadas, aunque, cuando los valores y normas culturales y tradicionales dominantes tiendan a favorecer las condiciones para la propagación del VIH/SIDA, los expertos en comunicaciones pueden verse obligados a cuestionarlos. Sin embargo, si las influencias y el dinero externos secundan este conflicto, existe el peligro de que las comunidades locales rechacen a menudo lo que consideran una agresión cultural, por más razonables que sean los resultados esperados y por más honestas que sean las intenciones de las personas externas. Es más probable que se adopten y mantengan comportamientos positivos para la salud cuando las

personas del propio entorno cultural intervienen en el proceso de transformación contextual.

El ONUSIDA reconoce que se requiere un nuevo marco de comunicaciones específico para las poblaciones de África, Asia y América Latina y el Caribe, cuyas necesidades no han quedado convenientemente cubiertas por las estrategias y medidas convencionales de prevención. Aunque cualquier nuevo marco puede aprovechar los componentes pertinentes de las teorías y prácticas existentes, es necesario perfilar un nuevo enfoque, basado en la experiencia obtenida y en la investigación efectuada en estas regiones, con el fin de responder a la variedad de contextos sociales. En concreto, las estrategias de comunicaciones —especialmente si abordan el VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe— deberían evaluar ideas y supuestos que pueden considerarse externos. Sólo es posible desarrollar y perfeccionar enfoques eficaces cuando el marco para cada región, país y comunidad resulta de las peculiaridades locales.

Los participantes en los cinco seminarios consultivos mencionados observaron la inadecuación y las limitaciones de las teorías actuales y de los modelos derivados de ellas. Entre las principales deficiencias identificadas se destacan:

- La relación lineal simple entre conocimientos individuales y acción, que ha constituido la base de muchas intervenciones previas, no tiene en cuenta la variación entre los contextos políticos, socioeconómicos y culturales prevalentes en las regiones.

- El énfasis en las medidas cuantitativas (más que en las inferencias cualitativas o en una combinación de ambas) da lugar a una interpretación distorsionada de los significados y realidades de los comportamientos observados.
- Los procesos decisorios externos que sirven intereses rígidos, estrechos y a corto plazo tienden a obviar los beneficios a largo plazo de las soluciones de base amplia derivadas internamente.
- El supuesto de que las personas pueden ejercer — o ejercerán— un control total sobre su comportamiento ha inducido a centrar las intervenciones en el individuo, no en el contexto social en el que éste se desenvuelve, y despreciando la influencia de las variables contextuales, como la cultura y las relaciones de género.
- Se piensa que las decisiones sobre la prevención del VIH/SIDA se basan en un pensamiento volitivo racional, sin tener en cuenta las respuestas más emocionales y viscerales que inducen a la actividad sexual.
- Se presupone que existe una relación lineal secuencial entre conocimientos, actitudes, creencias, comportamientos y prácticas (CACCP), cuando la realización del coito sexual a menudo tiene lugar antes de cualquier decisión racional basada en un conocimiento pleno, o incluso parcial, de los comportamientos peligrosos.

- Se piensa que las campañas de sensibilización a través de los medios de comunicación conducirán indefectiblemente a un cambio de comportamiento.
- Se supone que una estrategia sencilla destinada a propiciar comportamientos puntuales «una vez en la vida», como las vacunaciones, sería adecuada para cambiar y mantener comportamientos complejos durante toda la vida, como el uso continuado de preservativos.
- Se pone un énfasis casi exclusivo en la promoción de preservativos, dejando de lado la importancia y centralidad de los contextos sociales, como la política gubernamental, el nivel socioeconómico, la cultura, las relaciones de género y la espiritualidad.
- Los planteamientos basados en estrategias tradicionales de planificación familiar y programas de población tienden a centrarse en las mujeres, de forma que, por ejemplo, son ellas –en vez de los varones— quienes reciben más estímulo para empezar a utilizar preservativos.

Revisión de los marcos programáticos

Además de las teorías antes comentadas, se revisaron estos cuatro marcos programáticos:

- Academia para el Desarrollo de la Educación (ADE).

- Proyecto de Control y Prevención del SIDA (AIDSCAP).
- Programa para una Tecnología Sanitaria Apropiaada (PATH).
- Servicios de Comunicación para la Población (PCS) de la Universidad Johns Hopkins.

Se consideró que algunos elementos comunes de los marcos existentes eran enormemente útiles para el desarrollo de una estrategia contextual de comunicaciones para el ONUSIDA. Se trata de elementos tradicionales en los planteamientos de comercialización social, pero pueden añadirse perfectamente al nuevo marco de orientación contextual. Esos elementos son:

- Recopilación y análisis de información.
- Planificación del proceso.
- Ensayo preliminar de la estrategia (mensajes).
- Elementos de la ejecución.
- Supervisión y evaluación.
- Retroalimentación para la planificación.

Sin embargo, los participantes consideraron que la falta de un enfoque contextual era una limitación importante de estos marcos. Otras organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la comunicación para el desarrollo también han observado este tipo de limitaciones. En un documento que reorienta su trabajo

en comunicaciones para el desarrollo, la Fundación Rockefeller (1999) afirma que es necesario «dejar de dar preeminencia a los comportamientos individuales... y centrarse en las normas sociales, las políticas, la cultura y un entorno propicio» (*Communication for Social Change*, pág. 15).

3

Ámbitos contextuales: una nueva orientación

Los resultados de las evaluaciones indican que hay cinco ámbitos contextuales interrelacionados en los que se debería hacer hincapié al desarrollar futuras estrategias de comunicaciones para la prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA. Esos ámbitos son:

Política gubernamental. El papel de la política y la legislación en el apoyo o el bloqueo a los esfuerzos de intervención.

Nivel socioeconómico. Ingresos colectivos o individuales que pueden permitir o impedir una intervención adecuada.

Cultura. Características positivas, negativas o singulares que pueden fomentar o dificultar las prácticas preventivas y asistenciales.

Relaciones de género. La condición de la mujer en relación con la del varón en la sociedad y la comunidad, así como su influencia sobre la negociación y la toma de decisiones sexuales.

Espiritualidad. Papel de los valores espirituales/religiosos para favorecer o dificultar que los mensajes de prevención se traduzcan en acciones positivas para la salud.

Tal como se ha indicado, las discusiones estructuradas basadas en la investigación y la práctica suscitaron cinco ámbitos contextuales clave: política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad. Esos ámbitos están interrelacionados, aunque tienen efectos distintos sobre los comportamientos preventivos de salud. En el nuevo marco, la preeminencia que se concede al contexto no resta importancia al individuo. El marco reconoce que el individuo es un producto del contexto, y para que las estrategias de comunicaciones sobre el VIH/SIDA tengan un efecto significativo, los programas de intervención deben empezar por uno de esos ámbitos o una combinación de ellos. Así pues, los individuos siguen siendo el objetivo, pero sólo en el contexto de su interacción dentro de un ámbito o combinación de ámbitos. En esta medida, el nuevo marco puede aprovechar elementos destacados y pertinentes de las teorías y modelos existentes. Se presenta a continuación una discusión de cada uno de los ámbitos contextuales.

Política gubernamental

La política y la legislación gubernamentales desempeñan un papel crucial en los programas dirigidos a controlar la propagación del VIH/SIDA. Las acciones del gobierno pueden fomentar u obstaculizar los esfuerzos para alcanzar los objetivos de las comunicaciones sobre

el VIH/SIDA. Por ejemplo, la política gubernamental es crucial para afrontar las dificultades que plantea la discusión acerca de los ensayos de vacunación y la nueva farmacoterapia de combinación. Al discutir y planificar intervenciones de comunicaciones para abordar estas cuestiones, hay que tener en cuenta sus aspectos éticos, jurídicos y financieros. Los cambios recientes en la política mundial muestran una tendencia hacia el establecimiento de gobiernos democráticos. En este proceso, a diferencia de lo ocurrido hace tan sólo unos años, se dispone de más oportunidades para crear un entorno público en el que un debate más rico sobre las cuestiones del VIH/SIDA pueda plasmarse en una mejor información de la población general. Sin embargo, la realidad es que, en muchos países, ese debate público sobre la problemática del VIH/SIDA se basa con frecuencia en una información insuficiente y sesgada, adopta un carácter sensacionalista y tiende a perjudicar los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA.

Algunos de estos problemas podrían superarse canalizando el trabajo a través de organizaciones regionales tales como la Comunidad Económica de Estados del África Occidental (ECOWAS), la Comunidad para el Desarrollo del Sur de África (SADC), la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN), la Organización de Estados Americanos (OEA), la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM) y el Mercado Común Centroamericano (MCCA). Estas organizaciones pueden proporcionar medios significativos para abordar algunas cuestiones regionales relacionadas con el VIH/SIDA, tanto de forma independiente como colectiva.

En el futuro, la formulación de políticas de salud satisfactorias y sostenibles vendrá determinada cada vez más por la capacidad de las sociedades, comunidades e individuos para afrontar la realidad de sus problemas. Este proceso debería involucrar a todos los sectores de una sociedad y aprovechar los conocimientos prácticos y los recursos externos e internacionales, pero sin ser absorbido por ellos. La implicación de las personas en tales debates requiere políticas de comunicaciones eficaces, comprensivas y culturalmente sensibles, que pueden verse favorecidas por la comunicación interpersonal y las campañas de información.

Esta iniciativa audaz del ONUSIDA ha identificado diversas cuestiones fundamentales, que deberían tenerse en cuenta al analizar el papel de los gobiernos en el establecimiento de políticas nacionales y regionales. En el momento de poner en práctica el marco, es necesario tener en cuenta las siguientes cuestiones clave relacionadas con la política gubernamental:

- El establecimiento del programa de los medios de comunicación debería formar parte del proceso inicial de recopilación y análisis de información.
- Es necesario el apoyo gubernamental para resolver adecuadamente problemas relacionados con el turismo, la migración, la violencia y la violación de mujeres por parte de militares.
- Un papel importante del gobierno consiste en reforzar la colaboración interregional e intrarregional en tareas de planificación; por ejemplo, compartir las experiencias adquiridas

- dentro y entre las regiones y facilitar las intervenciones transfronterizas.
- Las políticas, principalmente las políticas gubernamentales, pueden desempeñar un papel significativo en la creación de un entorno que favorezca la adopción de comportamientos positivos. Esto se ha puesto de manifiesto en las enérgicas campañas contra el tabaco llevadas a cabo en los Estados Unidos y Europa. Tras el éxito limitado de las iniciativas orientadas al comportamiento individual, los objetivos se han centrado ahora en los contextos en los que se practica el tabaquismo (p.ej., el establecimiento de instituciones e instalaciones en las que se prohíbe fumar).
 - En los esfuerzos nacionales para prevenir el VIH/SIDA, la actitud de la clase política ha marcado diferencias significativas en la respuesta de un país. Cabe destacar en este sentido la voluntad política del presidente Museveni de Uganda, un firme defensor de la prevención del VIH/SIDA. Pueden encontrarse otros ejemplos en el Senegal, cuyas políticas exigen la prueba de detección sistemática en los profesionales del sexo y la prestación de los servicios terapéuticos necesarios; en el Brasil, que ha establecido la administración de tratamiento a las personas que viven con el VIH/SIDA, y en Tailandia, con su política de disponibilidad y utilización sistemática de preservativos. Es esencial la voluntad política de proporcionar fondos para intervenciones

preventivas específicamente constatadas, como el intercambio de agujas, y desalentar la retórica política que moraliza y criminaliza la orientación sexual de, por ejemplo, los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones. La política también es muy importante para proteger a las mujeres en contextos de comercio sexual, asegurando que los profesionales del sexo dispongan de medidas tales como revisiones o evaluaciones sistemáticas de salud financiadas por el estado.

- Las presiones internacionales a favor del cambio —que pueden concretarse tanto en canales de televisión que emitan vídeos musicales como en debates acerca de las conferencias de El Cairo y Pekín sobre derechos y salud reproductiva— tienen que equilibrarse con la capacidad autóctona para generar un debate público bien informado y someter las políticas a examen crítico.
- A juzgar por el éxito de iniciativas previas, deberían organizarse intercambios de personal y programas Sur-Sur con el fin de fomentar una mayor interacción y aprendizaje.
- Para suscitar cuestiones pertinentes, debería promoverse como mínimo un proceso de debate público basado en información fidedigna. Esto permitirá desarrollar la capacidad nacional para analizar temas relevantes y transmitir dichos análisis al público en general, especialmente a través de los medios de comunicación impresos y la radiodifusión.

- Es necesario fomentar un entorno político que reconozca la opinión pública, de forma que la población pueda comunicar sus percepciones y opiniones sobre el proceso de elaboración de políticas.
- Hay que hacer hincapié en las situaciones de riesgo que aumentan la vulnerabilidad al VIH/SIDA, como la mano de obra migratoria, los refugiados y desplazados y el comercio sexual.
- Por encima de todo, la política gubernamental debería favorecer una sociedad civil dinámica donde los medios de comunicación sean capaces de expresar puntos de vista diversos y donde los organismos no gubernamentales tengan la información y la confianza suficientes para realizar contribuciones positivas a los debates nacionales.

Nivel socioeconómico

Los niveles socioeconómicos más bajos conforman un grupo más susceptible a muchas enfermedades, incluido el VIH/SIDA. Se ha demostrado repetidamente que las personas con mala salud tienen mayores probabilidades de desarrollar el SIDA poco después de infectarse por el VIH.

La economía es un factor determinante para que los individuos, grupos y gobiernos puedan acceder a un suministro adecuado de preservativos y de terapias de combinación medicamentosa, si están disponibles. En países con recursos limitados, diversos estudios e informes han abordado la problemática del nivel

socioeconómico y otros factores relacionados con el VIH/SIDA. En Tailandia, por ejemplo, las mujeres con una educación superior y mayores ingresos familiares mostraron unos conocimientos más precisos del VIH/SIDA que las mujeres con una menor formación e ingresos más bajos. Hay nuevas pruebas de que en Tailandia, debido a la recesión económica, los profesionales del sexo tienen cada vez más dificultades para mantener la política de utilización sistemática del preservativo que habían adoptado anteriormente. Los mismos profesionales del sexo que antes rechazaban precios superiores por no utilizar preservativos, aceptan ahora tales ofertas.

En un estudio realizado en barrios urbanos marginales de la India, se comprobó que los encuestados, especialmente las mujeres jóvenes, tenían un conocimiento prácticamente nulo del VIH/SIDA. Otro estudio llevado a cabo en la India constató que el analfabetismo, unido a la pobreza, creaba un vacío de conocimiento acerca del VIH/SIDA. En la Argentina se ha demostrado que las mujeres en la zona urbana de bajo nivel socioeconómico son especialmente vulnerables al SIDA como consecuencia de su sexo y condición social.

Es evidente que el contexto socioeconómico es un ámbito crucial para el éxito de las comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Al poner en práctica el nuevo marco, deberían tenerse en cuenta las siguientes cuestiones básicas relacionadas con el nivel socioeconómico:

- Hay que hacer frente a los problemas de accesibilidad financiera, especialmente en las intervenciones clínicas como las terapias de combinación medicamentosa, y en las intervenciones tecnológicas, como el suministro de preservativos. Muchos gobiernos y la mayoría de los individuos no podrían acceder a las farmacoterapias de combinación ni aun en el caso de que se dispusiera de ellas. Los factores económicos son especialmente relevantes cuando se valora —tal como debería hacerse— la sostenibilidad potencial de los resultados de comportamiento una vez concluida la intervención.
- Debe tenerse en cuenta el efecto de la pobreza sobre los individuos y las comunidades, así como su relación con prácticas de salud más seguras.
- El VIH/SIDA debería contemplarse como un problema social y de desarrollo. En consecuencia, la asignación y distribución de recursos para afrontar la pandemia tienen que considerarse conjuntamente con otros problemas sociales y de desarrollo concomitantes.
- Dentro de cada contexto, hay que analizar otras cuestiones que influyan en la accesibilidad general a la atención de salud y tenerlas en cuenta al planificar las intervenciones para las comunicaciones interpersonales y los medios de comunicación.

Cultura

La cultura es la conciencia colectiva de un pueblo. Se conforma a través de un sentido de la historia, el lenguaje y la psicología compartidos. No existe una cultura buena o mala, a pesar de las diferencias en los códigos y significados de las comunicaciones. Algunos elementos de la cultura tienden a perdurar a lo largo del tiempo, mientras que otros cambian. Por desgracia, la cultura se conceptúa con demasiada frecuencia como una serie estática de valores y normas inalterables. Basándose en una lista de creencias y prácticas individuales de salud negativas, el profesional ignorante inculpa inevitablemente a estas creencias y las cataloga como una barrera cultural. Las creencias son a menudo un producto de la cultura, pero no a la inversa. Las creencias suelen emplearse como un sustituto de la cultura, de forma que las creencias y conocimientos acerca de la enfermedad se convierten en el centro de mensajes e intervenciones culturalmente apropiados. De hecho, el término «creencias» se confronta a menudo con el término «conocimiento». Desde la perspectiva de la biomedicina, las «creencias» denotan a veces ideas erróneas que constituyen obstáculos para un comportamiento apropiado. Se comprende, pues, que las prácticas o comportamientos individuales negativos se cataloguen como creencias y, a menudo, como barreras culturales.

El sistema de valores dominante de las culturas occidentales, en grados variables, tiende a contemplar el yo como un producto del individuo. En cambio, muchas otras culturas piensan en el yo como un

producto de la familia, la comunidad y otras influencias ambientales sobre las que no tenemos ningún control, ni lo queremos.

La cultura se conceptúa a menudo como una colección exótica de creencias y prácticas, y se piensa erróneamente que sólo existe en África, Asia, América Latina y el Caribe. Un ejemplo de ello se produce cuando los educadores sanitarios y los planificadores de campañas pasan por alto los conocimientos locales sobre la salud y buscan información acerca de modismos autóctonos para poder transmitir mejor sus mensajes. En otras palabras, apenas se intenta impartir conocimientos a través de cauces viables de creencias y prácticas locales. Por el contrario, esos cauces se utilizan para disfrazar conocimientos importados presentándolos en el idioma local. Las creencias o conocimientos de la enfermedad y las prácticas tradicionales de salud deberían convertirse en la sustancia de los mensajes e intervenciones locales (culturalmente apropiados).

Desgraciadamente, la cultura se ha equiparado a grandes rasgos con creencias y prácticas individuales de salud negativas. Por tanto, la cultura se considera una barrera para el conocimiento «real», y las barreras culturales se citan con frecuencia como motivo del fracaso de programas de comunicaciones para la salud mal concebidos.

Los errores de este tipo han provocado que algunos comunicadores de salud que ejecutan programas en regiones no occidentales infravaloren la importancia de la comunicación oral como método. Sin embargo, la comunicación oral tradicional sigue manteniendo su

fuerza y su vigencia, y a menudo desempeña un papel clave en el fomento de la salud.

La cultura es el rasgo fundamental de cualquier sociedad. Todas las personas pertenecen a una cultura, y algunas podrían compartir incluso varias de ellas. Es imperativo que los comunicadores de salud que trabajan en la prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA examinen exhaustivamente no sólo los comportamientos negativos, sino también los valores contextuales e individuales. Entre ellos hay elementos positivos (que deben promoverse) y elementos existenciales (singulares de la cultura, pero que no constituyen una amenaza para la salud y el bienestar). (Para más información sobre salud y cultura, véase Airhihenbuwa, 1995.)

Al incluir las variables culturales en el nuevo marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA, deberían tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- Hay que comprender el estilo y el uso del lenguaje en múltiples culturas con vista a su posible aplicación en estrategias de comunicaciones, especialmente a nivel interpersonal. Por ejemplo, en algunas lenguas es más habitual que en otras el uso de parábolas, relatos y locuciones idiomáticas para transmitir mensajes.
- Conviene investigar las relaciones dentro de la familia y la comunidad, por lo que concierne especialmente a la toma de decisiones acerca de la adopción de comportamientos de salud preventivos y la asistencia a los enfermos.

- Hay que tener en cuenta que la familia y la comunidad, más que el propio individuo, constituyen el eje central en la toma de decisiones.
- Debe reconocerse el hecho de que las creencias individuales, aunque formen parte de la cultura, no explican el contexto cultural global. Por tanto, no debe permitirse que se conviertan en un sustituto de la cultura, aunque se aprecien como uno de sus múltiples aspectos.
- Es necesario comprender las diferencias en las características culturales, y los mensajes deberían ser pertinentes para cada contexto.
- A lo largo de todo el proceso, desde la planificación inicial hasta la evaluación, deberían participar profesionales de las comunicaciones mediáticas e interpersonales.
- Es fundamental que, en cualquier comunidad, se conozca quiénes asumen las tareas de ciudadano de la salud y cuál es su papel.
- En muchas culturas, la asistencia domiciliaria requiere actualizaciones sistemáticas y regulares de información con el fin de mejorar el tratamiento y el apoyo al paciente.
- Siempre que sea posible, los curanderos tradicionales deben intervenir en la planificación y ejecución del programa.

Relaciones de género

El género puede definirse como las oportunidades, papeles, responsabilidades, relaciones e identidades personales que una sociedad concreta determina como adecuadas para las mujeres y los varones. Estos atributos se construyen socialmente y se aprenden tanto de forma individual como colectiva. Los papeles de género están influidos por muchos otros determinantes, como la raza, la cultura, la comunidad, el tiempo, la etnia, el trabajo, la edad y el nivel de formación. Mientras que el sexo está determinado biológicamente, el género se define por factores sociales.

Los papeles y relaciones de género están teniendo una influencia significativa en el curso y las consecuencias de la epidemia de VIH/SIDA. La definición del papel de género condiciona la forma en la que los varones y las mujeres son vulnerables a la transmisión del VIH y media en el impacto de vivir con el VIH/SIDA. Las relaciones de género están afectadas por factores sociales, culturales y económicos, y pueden establecer la diferencia en el acceso de los varones y las mujeres a los servicios de asistencia y apoyo.

Entre los enfoques del VIH/SIDA basados en el género figuran los intentos por comprender la influencia que éste puede tener en los siguientes aspectos:

- El riesgo, así como la vulnerabilidad social.
- La experiencia de vivir con el VIH/SIDA.
- El efecto de las relaciones entre las personas dentro de la familia.

- La enfermedad o la muerte de una persona por causa del VIH/SIDA, dentro de una familia o comunidad.
- La respuesta a la epidemia a nivel individual, comunitario y nacional.

Las respuestas basadas en el género pretenden capacitar a ambos sexos para protegerse contra la infección por el VIH, acceder a una asistencia apropiada y, en general, afrontar mejor la epidemia. Un enfoque basado en el género no supone considerar que los varones y las mujeres son iguales. Lo que propugna es que las oportunidades en la vida de los varones y las mujeres no dependan de su sexo y que se ponderen por igual los conocimientos, experiencias y valores de ambos géneros con el fin de acrecentar la calidad y duración de sus vidas.

Las cuestiones de género se relacionan directamente con la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones contra el VIH/SIDA. Si se reduce al mínimo el efecto diferencial del VIH/SIDA en las mujeres, pueden conseguirse una participación y unos beneficios más equiparados para ambos sexos. Esto también puede contribuir a reducir los desequilibrios de género característicos de muchas sociedades, lo que redundaría en una mejor utilización de todos los recursos humanos y en una distribución más eficaz y equitativa de los beneficios. Implicar tanto a los varones como a las mujeres significa utilizar los recursos de manera más eficiente y tener mayores probabilidades de que los resultados sean aceptados de forma general.

Por desgracia, los programas dirigidos a modificar el comportamiento de los varones no suelen cuestionar sus determinantes contextuales. A menudo, el énfasis recae exclusivamente en el uso de preservativos. Pero si el objetivo es modificar el comportamiento, el foco de atención debe ir más allá de la disponibilidad y utilización de preservativos. Hay que prestar atención a los papeles y responsabilidades de los varones. En vez de centrarse solamente en las mujeres, los programas han de incluir todos los diferentes papeles y normas sociales que afectan el comportamiento sexual de los varones y las mujeres.

Al discutir las metas y objetivos de las comunicaciones en los programas sobre el VIH/SIDA, un elemento clave consiste en acrecentar la equidad entre los géneros desalentando abiertamente los estereotipos sexuales negativos dentro del contexto objetivo, como las imágenes de sexualidad masculina violenta e irresponsable o el estereotipo de mujer seductora que tiene el poder de cautivar a varones «inocentes». El fundamento último de la prevención del VIH/SIDA radica en promover comportamientos sexuales responsables y respetuosos tanto para los varones como para las mujeres.

En la mayoría de las sociedades, el género determina qué cabe esperar que los varones y las mujeres conozcan acerca de las cuestiones sexuales, así como sus actitudes frente al sexo. Estos ideales de género forman parte del proceso de socialización del niño, y las expectativas acerca de los conocimientos y las actitudes sexuales ya están bien formadas en la adolescencia. Es necesario investigar estos ideales y expectativas, y los programas

de comunicaciones deberían abordar las injusticias prevalentes de género. Esto ayudaría a reforzar unas relaciones sexuales más respetuosas y solícitas cuando estos niños iniciaran su actividad sexual y, en consecuencia, contribuiría a reducir la propagación del VIH/SIDA. Por ejemplo, el uso de preservativos supone una distribución equitativa del poder en las relaciones sexuales; es posible que la mujer tenga la intención y la voluntad de adoptar este comportamiento, pero el acto real requiere la cooperación activa de la pareja masculina.

Las mujeres pobres son especialmente vulnerables a la coacción de sus parejas masculinas, ya que es posible que dependan de ellos tanto económica como emocionalmente. Las mujeres pobres, en comparación con las de clase media, suelen tener una gama más limitada de elecciones por lo que respecta a sus relaciones y condiciones de vida. El interés por asegurar el alimento, la vivienda y el cuidado de sus hijos puede eclipsar cualquiera de las preocupaciones por el VIH/SIDA.

La migración de mano de obra de los pueblos a las ciudades como consecuencia de la creciente urbanización es otro factor que hace a las mujeres especialmente susceptibles a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Los trabajadores masculinos emigrados, alejados de sus familias durante largos periodos, pueden tener contacto con profesionales del sexo y volver a sus pueblos con el VIH/SIDA, que posteriormente transmitirán a su pareja.

Al poner en práctica el nuevo marco, hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones clave con respecto a las relaciones de género:

- Debe hacerse un esfuerzo para eliminar los estereotipos de género en la educación. Hay que reconocer que, al abordar la problemática del género, nos estamos refiriendo no sólo a las mujeres sino también a los varones. Es crucial comprender los papeles de género y las relaciones de poder y negociación que se establecen entre y dentro de estos papeles.
- Para comprender las relaciones de género en las comunicaciones, otro aspecto igualmente importante es la pertinencia de quién comunica en relación con lo que se está comunicando. Esto es particularmente crucial al transmitir mensajes acerca de los papeles y responsabilidades de quienes brindan cuidados a la familia y la comunidad.
- Las cuestiones de género deben tenerse en cuenta no sólo en la etapa inicial de planificación de un programa de comunicaciones, sino también en el curso de la ejecución y evaluación de dichos programas.
- Es necesario reducir las diferencias de género en lo que concierne a educación, tasas de analfabetismo, asistencia a las escuelas, educación de adultos, matriculación y formación técnica, con énfasis especial en las mujeres de zonas rurales.

- Conviene revisar los programas educativos con el fin de promover los conocimientos pertinentes al género y la apreciación de los papeles de las mujeres.
- Hay que eliminar la persistencia de imágenes, estereotipos, actitudes y prejuicios negativos mediante cambios en la educación, la socialización, los medios de comunicación y la publicidad.
- Debe promoverse el acceso universal a la educación.
- Hay que tener en cuenta los derechos de la mujer y acabar con las injusticias en las relaciones de género.
- El análisis de género debe ser un componente de cualquier evaluación de las necesidades. Esto también puede plantearse como un análisis de la situación de los varones y las mujeres.

Espiritualidad

La espiritualidad engloba creencias y sistemas de valores que van desde la religión organizada hasta valores individuales y colectivos cuya adopción representa un principio rector en el que se basan los significados. La espiritualidad es un concepto mucho más amplio y comprensivo que la religión, aunque es habitual que ambos términos se utilicen indistintamente. Según Relv (1997), «la espiritualidad abarca la esperanza; fe; trascendencia de uno mismo; voluntad o deseo de vivir;

identificación del significado, propósito y realización en la vida; reconocimiento de la mortalidad; relación con un “poder superior”, “ser superior” o “esencia”, y mantenimiento de las relaciones interpersonales e intrapersonales». La espiritualidad se basa en la creencia de que existe un ser o fuerza sobrenatural que regula la interacción de los seres vivos con su entorno visible e invisible. En la literatura científica hay pruebas crecientes de la existencia de un nexo entre espiritualidad y comportamiento positivo para la salud. Este nexo ha sido reconocido desde siempre por los curanderos tradicionales, cuyas modalidades curativas se basan en parte en la creencia de que las fuerzas sobrenaturales tienen el poder para regular el comportamiento humano.

Por ejemplo, el uso del tapiz de colchas (*quilt*) del SIDA en los Estados Unidos ha demostrado ser un recurso muy valioso para estimular el apoyo de las comunidades a los esfuerzos de prevención y asistencia del VIH/SIDA. Ese mismo tapiz, sin embargo, tiene un valor y un significado muy distintos para los afrobrasileños, que creen que simboliza un intento de «despertar» a los espíritus de la muerte, a los que, según sus creencias y valores espirituales, debería permitírseles que descansaran en paz. Este valor colectivo es tanto de índole espiritual como cultural, y debe tenerse en cuenta en los programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA.

Los líderes religiosos tienen un papel importante que desempeñar en la prevención y asistencia del VIH/SIDA. Como mínimo, pueden apelar al código moral de sus seguidores. Más importante aún, pueden contribuir

a crear un entorno que apoye a las personas que viven con el VIH/SIDA y a sus familias.

No puede darse por supuesto que la religión es un obstáculo y que sus dogmas son los mismos en todos los países. Por ejemplo, el 95% de la población del Senegal es musulmana, y sin embargo, el uso de preservativos parece ser muy bien aceptado en el país, a juzgar por los elevados niveles de distribución y consumo.

Dada la abundancia de experiencias de comunicación interpersonal en las comunidades espirituales, los programas basados en la religión deberían orientarse a forjar alianzas con dichas comunidades, de forma que se obtenga sinergia en los esfuerzos para afrontar el VIH/SIDA. La comunicación interpersonal es, de hecho, una forma de comunicación con la que las instituciones religiosas tienen una gran experiencia.

Así pues, la respuesta al VIH/SIDA debe basarse en principios fundamentales asumidos tanto por la salud pública como por los colectivos religiosos. Al poner en práctica el nuevo marco, hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones clave relacionadas con la espiritualidad:

- Hay que evitar las actitudes críticas frente a cualquier religión, y es conveniente establecer asociaciones con líderes religiosos.
- Además de tener en cuenta los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA, debe procurarse un entorno espiritual protector que favorezca su aceptación y apoyo.

- Es necesario promover un clima abierto que permita presentar y discutir información precisa acerca de la sexualidad y el VIH/SIDA, al tiempo que se disipan miedos y conceptos erróneos.
- Ha de tenerse en cuenta el papel del consumo de alcohol y otras drogas en la epidemia de VIH/SIDA.
- Se recomienda crear alianzas con los dispensadores de atención de salud a fin de potenciar las dimensiones espirituales de la asistencia y el apoyo.
- Hay que comprender que la espiritualidad es más amplia que la religión, y que esta última constituye una buena puerta de entrada para acceder a las comunidades.
- Debe promoverse el valor que supone humanizar a las personas que viven con el VIH/SIDA.

4

Marcos regionales

Tal como se ha mencionado anteriormente, se celebraron seminarios regionales en África, Asia y América Latina y el Caribe. Dado que el 90% de los nuevos casos de VIH surge en estas regiones, dichos seminarios fueron cruciales para el desarrollo del nuevo marco. En todas las regiones hubo unanimidad al identificar o confirmar los cinco ámbitos mencionados —política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad— como los ámbitos contextuales focales. Esto no impidió en absoluto reconocer el papel de los individuos entre y dentro de esos ámbitos. Aparte de las cinco esferas citadas, cada región identificó dos áreas clave adicionales que se consideraron específicas y cruciales para ella. Esas áreas adicionales no excluyen los cinco ámbitos, sino que representan un intento de acentuar aquellos aspectos que la experiencia ha demostrado que son capitales para establecer objetivos sostenibles en cada región. Asimismo, esas áreas clave podrían aplicarse a todas las regiones con independencia de dónde se hubieran identificado.

En este apartado se abordan las áreas clave específicas de cada región que deberían tenerse en cuenta junto con los cinco ámbitos contextuales.

Hacia un marco africano

El seminario consultivo de comunicaciones sobre el VIH/SIDA en África fue convocado por el ONUSIDA durante la Conferencia Internacional sobre Control del SIDA/ETS y la tuberculosis en África, celebrada en Abidján (Côte d'Ivoire) en diciembre de 1997. Se convocaron dos grupos separados para el mismo día. Una discusión se llevó a cabo en inglés (19 miembros) y la otra en francés (18 miembros). Los participantes eran investigadores y expertos en comunicaciones sobre el VIH/SIDA —la mayoría de ellos adscritos a programas de IEC— en diferentes organizaciones dedicadas a la prevención y asistencia del VIH/SIDA en África.

África ha tenido que enfrentarse a problemas graves en diferentes fases de la propagación del VIH/SIDA. A mediados de los años ochenta, la mayor dificultad consistió en la negación permanente de la presencia de la enfermedad en muchas comunidades africanas. Entre los motivos de tal actitud cabe citar el rechazo a dar un «rostro humano» a la epidemia; el miedo a los posibles efectos negativos que el reconocimiento abierto de la epidemia tendría sobre el turismo, y la protección de las personas con VIH/SIDA frente a la estigmatización a causa de las políticas gubernamentales. En una segunda etapa, a principios de los años noventa, se rompió el silencio acerca de la enfermedad. Durante este periodo, sin embargo, la prevención del VIH/SIDA se centró

exclusivamente en grupos con comportamientos de alto riesgo, como los profesionales del sexo y los camioneros. Esta orientación exclusivista no tuvo en cuenta a todos los demás segmentos de la población. Asimismo, la mayoría de los gobiernos no se planteó una respuesta sistemática al VIH/SIDA ni, en general, apoyó la planificación de estrategias apropiadas de comunicaciones.

Algunos datos recientes sobre la epidemia de VIH/SIDA indican que África sigue siendo, con mucho, el continente más afectado por la enfermedad. Más del 60% de los casos de VIH (21 millones) corresponden actualmente al África subsahariana. La transmisión heterosexual es la forma más común de contagio. Esto explica por qué el 80% de las mujeres y casi el 90% de los niños infectados por el VIH viven en África.

En los últimos años, el África meridional ha experimentado un rápido crecimiento en la tasa de infección. Por ejemplo, más del 25% de los nuevos casos comunicados en Sudáfrica se produjeron entre 1997 y principios de 1998. En países como Botswana y Zimbabwe se han constatado tasas muy elevadas de infección por el VIH. En Botswana, el número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH aumentó un 43% en 1997. En Zimbabwe se han descrito incrementos similares.

En África, sin embargo, también están surgiendo algunas experiencias alentadoras. Uganda, por ejemplo, ha demostrado que una movilización eficaz, combinada con el apoyo político, es esencial para frenar la epidemia. Los éxitos relativos alcanzados en ese país,

principalmente entre las poblaciones más jóvenes, pueden explicarse por los programas escolares, la movilización social, la implicación de líderes religiosos y comunitarios, la atención a los sectores rurales y el apoyo del gobierno. Se han obtenido resultados parecidos en Tanzania, donde la prevalencia del VIH/SIDA en el grupo de edad de 15-24 años ha disminuido más del 50% en un periodo de seis años. Otro ejemplo es el Senegal, donde el compromiso a todos los niveles ha permitido que las tasas de infección sigan siendo relativamente bajas.

El nuevo marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA debería ayudar a comprender la base psicológica de los comportamientos de salud preventivos, en contraposición con las acciones profilácticas basadas exclusivamente en la racionalidad. Las emociones (como ver a un ser querido sufriendo el SIDA) han tenido un papel importante en la reducción de nuevos casos de VIH en Uganda.

Los esfuerzos de comunicaciones han constituido el núcleo de estos y otros éxitos. Desde mediados de los años noventa, las estrategias de comunicaciones en algunos países de África se han centrado en la divulgación de información en gran escala, basándose en el supuesto de que un enfoque de este tipo podría inducir un cambio de comportamiento. Esto se ha combinado con la garantía de seguridad hematológica, el acceso al tratamiento para las ETS y la disponibilidad generalizada de preservativos. Sin embargo, la propagación de la enfermedad sigue aumentando, no sólo entre los grupos con los llamados comportamientos de alto riesgo, sino también entre todos los demás

segmentos de la población, especialmente las mujeres y los jóvenes.

A partir de la experiencia previa, se ha puesto de manifiesto la necesidad de diseñar un marco adecuado de comunicaciones para la región de África, pensado para dotar a las naciones y organizaciones con las herramientas que requieren para desarrollar sus propios programas sobre el VIH/SIDA.

El seminario de Abidján sirvió como foro para discutir multitud de cuestiones relativas a la adecuación de los programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. En esos programas, por ejemplo, deben contabilizarse tanto la eficacia como las limitaciones de las nuevas terapias de combinación medicamentosa con el fin de no suscitar falsas expectativas. En la Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS en África, celebrada en diciembre de 1997, se anunció la creación de un fondo extraordinario destinado a medicamentos para el VIH/SIDA. El asesor de comunicaciones del ONUSIDA empezó a analizar inmediatamente el contenido de los dos principales periódicos de Abidján para determinar la cobertura que se había dado al VIH/SIDA antes y después del anuncio. El resultado indicó que, antes del anuncio, la inmensa mayoría de las noticias sobre el VIH/SIDA abordaba la importancia de la prevención y la educación. Después del anuncio, sin embargo, la atención se centró en las terapias de combinación medicamentosa. Y ello a pesar de los recursos limitados y las elevadas tasas de VIH prevalentes en la región. La prevención y la educación siguen siendo los medios más viables para controlar la epidemia.

Otro hallazgo fue que los mensajes sobre el SIDA deben enunciarse en términos culturalmente apropiados para que resulten más asequibles a una diversidad de entornos sociales y económicos. Se subrayó la necesidad de una ulterior colaboración con líderes comunitarios y religiosos con el fin de asegurar la implicación de las organizaciones sociales. Como reflejo de los éxitos relativos obtenidos en Uganda y el Senegal, las discusiones recalcaron el papel de la política gubernamental para crear un entorno que induzca al cambio de comportamiento.

Recomendaciones

Las discusiones produjeron abundante información para el futuro desarrollo de programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Además de los cinco ámbitos antes comentados (política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad), se recomendaron otras dos áreas clave adaptadas a las necesidades específicas de las regiones africanas; a saber: 1) un enfoque de base comunitaria, y 2) la cooperación regional. Conviene señalar que esas dos áreas de énfasis adicionales también pueden aplicarse a otras regiones.

Enfoque de base comunitaria

- Las comunidades deberían participar activamente en las iniciativas de divulgación y educación inter pares. Hay que permitir que los valores culturales de las comunidades desempeñen un papel central

en las comunicaciones dirigidas al cambio de comportamientos en África. Aunque es posible que se haya conseguido un cierto cambio de comportamiento con el mayor uso de preservativos, no se han modificado diversas prácticas sexuales que aumentan el riesgo de infección por el VIH. Ésa es un área en la que las estrategias culturalmente apropiadas son esenciales para el éxito.

- La educación tiene que canalizarse en el contexto del desarrollo, y debe abordar el efecto del VIH/SIDA sobre la agricultura y la industria por medio de programas sólidos de educación en el lugar de trabajo. También es necesario garantizar que los programas sean sostenibles, y que las comunidades se identifiquen con ellos, fomentando una participación amplia en todas las etapas de planificación, ejecución y evaluación.
- Para crear una imagen realista de los problemas de las comunicaciones y calibrar sus éxitos y deficiencias, deben utilizarse métodos cualitativos y cuantitativos de investigación, con el fin de valorar o evaluar los programas de comunicaciones a nivel de comunidad. Debería tratarse de un proceso continuo que ayudara a cubrir las lagunas en las comunicaciones, perfeccionar los mensajes, elegir los canales adecuados, desarrollar materiales de IEC más aceptables, abordar las necesidades de formación y corregir las deficiencias de conocimientos tanto teóricos como prácticos.

Cooperación regional

- La cooperación y la política del gobierno son necesarias para movilizar recursos y contener el crecimiento de los casos de VIH. Es esencial lograr el apoyo del entorno mediante la disponibilidad de servicios adecuados. Siempre que sea posible, deben utilizarse foros y organizaciones multilaterales para ampliar el alcance de la negociación y la promoción de los intereses de África.
- Otros países de la región deberían intentar descubrir por qué la incidencia del VIH es baja en el Senegal y está disminuyendo en Uganda. Esos casos pueden servir como modelos para orientar la ejecución de los programas.
- Deberían hacerse esfuerzos para institucionalizar las intervenciones y lograr la sostenibilidad. A tal efecto, es necesario: 1) comprender por qué algunos programas deparan resultados positivos en todos los niveles de su ejecución, y 2) establecer sinergias entre múltiples programas y organizaciones para posibilitar la consecución mutua de objetivos comunes.
- Los gobiernos, por medio de políticas y acuerdos, deberían desempeñar un papel central de cara a resolver los problemas transfronterizos y de migración. Algunas organizaciones regionales, como la Comunidad Económica de Estados del África Occidental (ECOWAS) y la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional (SADC),

pueden proporcionar cauces significativos para afrontar esas cuestiones regionales relacionadas con el VIH/SIDA.

Hacia un marco asiático

En el seminario regional celebrado en Bangkok en julio de 1998, hubo una representación mixta de conocimientos prácticos y experiencias procedentes de diversos campos: el mundo académico, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las organizaciones de base comunitaria, los medios de comunicación y los gobiernos.

En Asia, la región más poblada del planeta, la epidemia de VIH/SIDA empezó a principios de los años noventa, relativamente tarde en comparación con otras regiones del mundo. Sin embargo, al cabo de muy poco tiempo, las tasas de infección empezaron a alertar a las autoridades de salud pública. En Tailandia, por ejemplo, las tasas de infección aumentaron rápidamente entre los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo. En China, entre 1996 y 1998, se comunicaron unos 200.000 casos.

Se ha comprobado que la mayoría de los casos corresponde a usuarios de drogas intravenosas, aunque se han incrementado las infecciones heterosexuales, especialmente entre los profesionales del sexo. La India tiene el mayor número de personas infectadas por el VIH (cuatro millones), aunque esa cifra representa el 1% de la población adulta. Al igual que en China, se ha detectado un gran número de casos en consumidores de

drogas intravenosas. Sin embargo, las tasas en mujeres embarazadas de algunas regiones han llegado hasta el 4%. La incidencia de la infección por el VIH en camioneros de Madrás también ha aumentado significativamente.

En casi todos los demás países asiáticos, las tasas de infección son inferiores. Pero es posible que la situación cambie a corto plazo, ya que no hay garantía de que las personas no adopten comportamientos de alto riesgo en algún momento de su vida. Hay pruebas, por ejemplo, de que el consumo de drogas y el comercio sexual son prácticas prevalentes.

Se estima que en Tailandia unas 800.000 personas están infectadas por el VIH. El virus es especialmente prevalente entre los profesionales del sexo y sus clientes, así como entre los usuarios de drogas intravenosas. Tailandia ha emprendido una campaña agresiva para fomentar el uso del preservativo, convencer a los varones de que practiquen relaciones sexuales seguras y ofrecer oportunidades alternativas a las mujeres jóvenes que pretenden introducirse en el negocio del comercio sexual. Los resultados han sido en gran parte positivos, aunque hay datos indicativos de que las tasas de infección siguen siendo elevadas entre los consumidores de drogas intravenosas.

También se han observado tasas de infección rápidamente crecientes en Viet Nam, Myanmar y Camboya. De nuevo, esas tasas son muy elevadas en los profesionales del sexo y sus clientes, así como en las mujeres embarazadas. El número estimado de personas

infectadas por el VIH en Asia supera los seis millones y se estima que en el año 2000 una de cada cuatro asiáticos estará infectado por el VIH.

En Bangkok se discutieron la situación del VIH/SIDA en Asia y los programas de comunicaciones para la prevención de la epidemia. El principal objetivo era desarrollar un marco de comunicaciones específico para Asia. Los participantes, procedentes de Tailandia, Viet Nam, China, India y Malasia, representaban a tres subregiones: Sur, Sudeste y Este de Asia. El grupo no presupuso que los resultados de las discusiones reflejaran o fueran aplicables a toda la región asiática.

A partir de la discusión de los cinco ámbitos contextuales, se añadieron otras dos áreas clave enfocadas a la situación concreta de Asia. A nivel socioeconómico, diversos países de la región han experimentado una fuerte reestructuración económica durante los últimos años. Esos cambios han repercutido en cuestiones sociales. Por ejemplo, la liberalización económica en Viet Nam desde mediados de los años ochenta ha contribuido a expandir la industria del sexo y el comercio de drogas.

A otro nivel, se considera que los líderes espirituales en Asia constituyen un vínculo crucial en los sistemas de apoyo de la comunidad y deben desempeñar un papel importante como educadores y responsables de brindar ciudadanos. Así, los líderes espirituales también necesitan adquirir aptitudes de comunicación para poder llegar eficazmente a sus correligionarios.

Recomendaciones

Además de los cinco ámbitos contextuales (política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad), se identificaron dos áreas clave con una importancia específica para la región de Asia. Esas áreas son: 1) el contexto de las comunicaciones, y 2) la situación de la epidemia. El contexto de las comunicaciones incluye las dimensiones que deben tenerse en cuenta en las intervenciones de comunicaciones sobre el VIH/SIDA.

El contexto de las comunicaciones

- La estrategia de comunicación interpersonal debe tomar en consideración la persona que elabora y transmite el mensaje.
- La estrategia de comunicación por grupos ha de tener en cuenta el tamaño de esos grupos, ya que el enfoque para una comunicación eficaz con grupos pequeños difiere de los métodos empleados para grandes grupos.
- Es necesario diseñar estrategias de comunicaciones orientadas al entorno laboral.

La situación de la epidemia

- Dada la incidencia relativamente baja del VIH en algunos países de Asia, los diseñadores de futuros programas de comunicaciones deberían buscar asesoramiento en países que anteriormente

hubieran tenido incidencias bajas y que ahora estén experimentando un incremento de las tasas. Las estrategias de prevención eficaces deberían basarse en proyecciones de futuro. De lo contrario, la situación actual podría dar lugar a una falsa sensación de seguridad.

- Hay que aprender de otras epidemias en la región, como las de ETS/ITS. Así, por ejemplo, los programas del SIDA pueden integrarse con el tratamiento de las ETS.

Hacia un marco en América Latina y el Caribe

La realidad actual del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, donde casi 1,3 millones de personas viven con el VIH, muestra diferentes dimensiones. Por una parte, es similar a la realidad de los países industrializados, dado que la mayoría de las infecciones afecta a usuarios de drogas intravenosas y a varones que tienen relaciones sexuales no protegidas con otros varones. En México, por ejemplo, algunos estudios indican que son VIH-positivos casi el 30% de los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones y el 3-11% de los consumidores de drogas intravenosas. Por otra parte, la transmisión heterosexual ha aumentado en los últimos años. Según el Informe del ONUSIDA/OMS de 1998, en el Brasil, hace una década, aproximadamente el 6% de todos los casos se detectó en mujeres. En la actualidad, esta cifra se ha disparado hasta el 25%. En algunos países se han observado tasas elevadas de mujeres embarazadas con el VIH. En Honduras, por

ejemplo, las estimaciones actuales señalan que el 1% de las mujeres embarazadas están infectadas por el virus. En Haití, en 1993, casi el 8% de las gestantes eran VIH-positivas. El panorama terapéutico y asistencial en América Latina y el Caribe también está fragmentado. Algunos países han realizado grandes progresos para garantizar el suministro de todos los medicamentos disponibles. Sin embargo, la accesibilidad y la disponibilidad de fármacos para el VIH siguen siendo irregulares en la mayoría de los países de la región.

En la zona del Caribe de habla inglesa, no se distingue ningún patrón regional claro, dado que las tasas de incidencia son elevadas en algunos países y bajas en otros. La mayoría de los casos se produce por transmisión heterosexual, mientras que la transmisión entre varones que tienen relaciones sexuales con otros varones representa el 14% de los casi 10.000 casos comunicados en la región. Sin embargo, se estima que el tiempo de duplicación de los casos de SIDA es de 4-5 años.

Las discusiones de los seminarios se llevaron a cabo sobre una doble base. La primera discusión se basó en el informe del seminario consultivo mundial celebrado anteriormente en Washington, DC, que describía el proceso del proyecto y las conclusiones alcanzadas hasta ese momento. La segunda discusión surgió de la presentación de un marco basado en los cinco ámbitos contextuales (política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad), junto con las observaciones y variaciones introducidas durante los seminarios consultivos regionales de Bangkok y Abidján.

Después de los informes iniciales de los países, se presentó y se discutió el desarrollo del marco contextual. Hubo consenso sobre la importancia de tener en cuenta los cinco ámbitos al desarrollar programas de comunicaciones sobre el VIH/SIDA, pero conservando lo que había funcionado adecuadamente en los modelos y enfoques anteriores. Por ejemplo, los puntos fuertes de los enfoques previos radican en la metodología seguida en los programas de comunicaciones. En condiciones ideales, esta metodología, independientemente del modelo utilizado, debe incluir facetas tales como la valoración de las necesidades, la planificación, el ensayo previo, la ejecución, la evaluación y la retroalimentación para la planificación. Sin embargo, dado que en los programas e intervenciones actuales de comunicaciones faltan algunos elementos (p.ej., fomento de la sensibilización y mayor participación de las personas que viven con el VIH), y teniendo en cuenta la expansión de la epidemia, se requieren urgentemente modelos alternativos que configuren la base de intervenciones más eficaces.

Aunque es necesario investigar enfoques alternativos, no puede desatenderse la urgencia de la enfermedad. Esto significa que tienen que desarrollarse programas eficaces a corto plazo mientras se continúa trabajando en la elaboración de una nueva estrategia. Hay que reforzar las capacidades de las organizaciones de personas que viven con el VIH y de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, de las ONG y de otros organismos, de forma que puedan contribuir de manera más eficaz al control de la epidemia.

Las cuestiones subrayadas en las discusiones de grupo pertenecían a una o más categorías de los cinco ámbitos del marco contextual. Además, se introdujeron dos aspectos metodológicos interrelacionados de las comunicaciones. El primero incluye la evaluación de las necesidades, la planificación, el ensayo previo, la ejecución, la supervisión y la evaluación. La retroalimentación también debe formar parte de este aspecto. La segunda faceta metodológica incluye cuestiones de influencia, como la pedagogía social, la movilización, la sensibilización y el fomento de políticas gubernamentales. La pedagogía social se relaciona principalmente con la necesidad creciente de aprender a convivir con la epidemia. La movilización hace referencia a cuestiones de voluntad y compromiso políticos a nivel internacional, nacional y local. La sensibilización se describió como las actividades relacionadas con el fomento de leyes sobre el VIH/SIDA apropiadas (p.ej., acceso a los fármacos y tratamientos) y sobre los derechos humanos. Por último, el fomento de políticas gubernamentales se refiere al papel que el ONUSIDA debe desempeñar como impulsor del compromiso político de los gobiernos en cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA.

Tal como se ha indicado anteriormente, estos dos aspectos metodológicos están interconectados, lo que demuestra que existe una retroalimentación constante entre ellos. Debe prestarse una atención especial al hecho de que, antes de que se lleve a cabo cualquier trabajo técnico (metodología), como una campaña de comunicaciones, pueden ser necesarias actividades de

fomento político y social que influyan en el proceso de toma de decisiones. Las decisiones políticas afectan a menudo al tipo de mensajes que formarán parte de una campaña de comunicaciones, lo que significa que, aun en el caso de que esta campaña sea metodológicamente sólida, puede tener unas repercusiones limitadas debido a cuestiones políticas y de toma de decisiones.

Este marco conceptual permite mostrar con mayor claridad que las comunicaciones no pueden seguir centrándose exclusivamente en cuestiones de información y mensajes para el cambio de comportamiento, sino que también deben abordar todas las demás facetas del espectro continuo del VIH (prevención, asistencia y apoyo).

Recomendaciones

Aparte de los cinco ámbitos contextuales, en el seminario regional de América Latina y el Caribe se identificaron otras dos áreas fundamentales de interés: 1) fomento de la sensibilización, y 2) participación de las personas VIH-positivas en los programas de comunicaciones.

Fomento de la sensibilización

- En toda la región se requieren actividades de fomento de la sensibilización que aborden diferentes cuestiones. Por ejemplo, en algunos países tiende a pasarse por alto la problemática de los varones que tienen relaciones sexuales con

otros varones. Así pues, deben emprenderse iniciativas de sensibilización tanto a nivel local como nacional e internacional.

- Cada vez es mayor la necesidad de reforzar los grupos de apoyo. Las actividades de sensibilización deben desempeñar un papel crucial en este proceso. Por ejemplo, allí donde sea necesario, hay que propugnar el acceso a los servicios básicos de salud para las personas que viven con el VIH/SIDA.
- Deben realizarse esfuerzos para establecer asociaciones sólidas entre los medios de comunicación, los gobiernos y las ONG. Sin embargo, esto tiene que conseguirse a través de la negociación, la sensibilización de los propietarios de los medios y la propuesta de estrategias de comunicaciones bien fundamentadas.
- El ONUSIDA debe desempeñar una diversidad de papeles en este contexto, facilitando los procesos, promoviendo la prevención y recabando una mayor atención a las personas y a sus familias mediante actividades de sensibilización ante los responsables de la elaboración de políticas y la toma de decisiones.
- La creación de una oficina regional de oradores en América Latina es una forma de reforzar los programas de educación y prevención. Las personas que viven con el VIH/SIDA pueden sentirse más cómodas compartiendo sus experiencias en países distintos de los suyos propios, donde es

menos probable que se las discrimine o se las condene al ostracismo.

- A nivel ético, las personas que participan en los programas sobre el VIH/SIDA deben adoptar una actitud autocrítica y hacer examen de conciencia para valorar si existe un compromiso personal e institucional con su labor. Las actividades de sensibilización deben llegar a todas las audiencias si pretenden granjearse la voluntad y el compromiso políticos.
- En las comunicaciones también han de tenerse en cuenta aspectos tales como la violencia, los valores culturales, los derechos humanos, la educación, la espiritualidad y la legislación. Sin embargo, por lo que respecta a los derechos humanos, algunos participantes consideraron que en América Latina, y en ciertos contextos, este término podría tener connotaciones negativas. Así, podrían utilizarse otros términos, como *dignidad humana* o *ciudadanía*, para evitar mayores resistencias.

Participación de las personas VIH-positivas en los programas de comunicaciones

- Las personas que viven con el VIH/SIDA deben participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de comunicaciones. En este aspecto, son esenciales la negociación y el consenso entre el gobierno, las organizaciones internacionales y otros grupos afectados por la epidemia.

- El VIH/SIDA tiene una estrecha relación con las emociones y sentimientos. Los cambios de comportamiento no se producen de una forma concreta. Las actividades lúdicas, la música y el humor son elementos centrales de las culturas latinoamericana y caribeña, y deberían aprovecharse en los programas de educación y prevención.
- Las campañas de comunicaciones no deben seguir restringiéndose a mensajes de prevención, sino que han de tener en cuenta el espectro continuo de la salud, de la prevención a la asistencia y apoyo.
- Las estrategias de comunicaciones deben ser localizadas, de forma que puedan enfocarse a grupos y zonas específicos (p.ej., poblaciones urbanas y rurales y grupos vulnerables). Los programas tienen que garantizar la pluralidad y diversidad, y promover el consenso (manteniendo el SIDA en los programas sociales y en los medios de comunicación).

5

El futuro: traducción del marco en estrategias nacionales de comunicaciones

El panorama evolutivo de las comunicaciones: hacia unos medios de comunicación participativos

Las prioridades de salud tienen que determinarse, cada vez más, a través del debate y el diálogo. Las autoridades sanitarias nacionales se mueven en un mundo en el que cada día es mayor el número de medios de comunicación receptivos y sensibles a los consumidores. Esto podría permitir que las personas participaran en las decisiones que afectan su vida, en vez de dejarla en manos de terceros. Los medios de comunicación de base comunitaria tienen el potencial de educar, entretener e informar, al tiempo que brindan oportunidades para discutir y debatir temas tales como el VIH/SIDA.

En el futuro, estos diálogos no serán redactados exclusivamente por expertos del gobierno o de organismos u ONG internacionales, sino que emergerán

de foros públicos. Cuando el pluralismo y la democracia empiecen a guiar en mayor medida el proceso, surgirán estrategias más dinámicas que animen estos debates.

El entretenimiento educativo es un ejemplo al respecto. Esta estrategia mediática innovadora se define como el proceso de incluir contenido educativo en los mensajes lúdicos con el fin de acrecentar los conocimientos sobre un tema, crear actitudes favorables o modificar a lo largo del tiempo comportamientos relacionados con cuestiones o temas educativos (Singhal y Rogers, 1999). La voz de las mujeres, de los marginados económicos y políticos, de los grupos de interés (incluidas las ONG) y de otros miembros activos de la vida comunitaria y nacional está encontrando en los medios de comunicación nuevos canales para expresar sus opiniones singulares.

En muchos países con pocos recursos, los medios de comunicación nacionales están dejando de ser monopolios de prensa o radiodifusión controlados por el estado o el gobierno para convertirse en operaciones comerciales más pequeñas, y a menudo más dinámicas, que sirven segmentos muy concretos de la sociedad. En Uganda, por ejemplo, la liberalización de la radiodifusión ha permitido que el Gobierno reduzca sustancialmente su inversión en Radio Uganda, mientras que las nuevas organizaciones comerciales, como Capital Radio de Kampala, que dan una gran preeminencia a la música popular occidental, están logrando índices crecientes de audiencia. El programa *Capital Doctor* de Capital Radio ha descubierto nuevas formas de sensibilizar a la «gente de la calle» respecto al SIDA y otras cuestiones sanitarias. Al mismo tiempo, sin em-

bargo, algunas de las nuevas emisoras de radio cristianas han empezado a ofrecer una programación con mensajes ambiguos, y a veces negativos, acerca del uso de preservativos.

Para los profesionales de la salud, este proceso de democratización y fragmentación de los medios de comunicación suscita cuestiones muy diversas. Una de las más importantes es la mayor complejidad de transmitir un solo mensaje a una audiencia nacional. Los monopolios de comunicaciones controlados por el estado permiten que los profesionales de la salud lleguen a sus audiencias de un solo golpe. Están disminuyendo las oportunidades para transmitir mensajes a través de un único medio de comunicación. Incluso en muchos de los países en los que el estado tiene mayor capacidad para controlar los medios de comunicación, existen fuerzas irrefrenables que empujan hacia unos medios más abiertos y con múltiples canales. Muchos estados que se esfuerzan por mantener sistemas nacionales de comunicaciones han recurrido al patrocinio del sector privado para complementar su financiación. En términos políticos, las tendencias que fomentan una mayor democracia (por experimental que sea) aumentan las presiones a favor de un mayor pluralismo y ensanchan las distancias entre el partido político gobernante y los medios de comunicación.

A pesar de esas dificultades, la creciente diversidad en la propiedad de los medios ofrece a los comunicadores de salud una mayor oportunidad para transmitir de forma adecuada sus mensajes. Por ejemplo, los mensajes que animan a las personas a utilizar preservativos durante las relaciones sexuales o que elevan la condición de la mujer

están cosechando una aceptación creciente en los medios de comunicación a pequeña escala. Asimismo, la fragmentación de los medios puede ayudar a los comunicadores de salud a establecer contacto con diferentes segmentos de audiencia por medio de mensajes más específicos. Pero, inevitablemente, los costos (producción, recursos humanos y material) son superiores. Por otra parte, la privatización de los medios de comunicación también suscita la preocupación de que las personas que trabajan en programas sanitarios o de desarrollo contribuyan a favorecer intereses comerciales a escala mundial. Hay quien expone que en los países con pocos recursos las actitudes están siendo manipuladas y modeladas por fuerzas externas sobre las cuales esos países tienen un control mínimo o nulo.

Se ha desarrollado un marco de comunicaciones nuevo y adaptable. Este marco se basa en el contexto dentro del cual vive y se propaga el VIH/SIDA, asolando comunidades, países y regiones. Siempre que sea apropiado, ese marco debe aprovechar simultáneamente el poder de la comunicación interpersonal para modificar comportamientos y el poder informativo de los medios de comunicación.

Práctica de las comunicaciones y prevención del VIH/SIDA

Las campañas en los medios de información y la comunicación interpersonal se complementan mutuamente en el desarrollo de intervenciones de comunicaciones para la prevención y asistencia del VIH/SIDA. Los medios de comunicaciones pueden

transmitir información de manera eficiente y, por tanto, proporcionar un apoyo eficaz para la comunicación «cara a cara». La combinación de medios de información y comunicación interpersonal permite abordar diversas preocupaciones individuales y de grupo, al tiempo que respeta la naturaleza privada y delicada de la sexualidad humana. Un ejemplo de comunicación interpersonal eficaz es *oramedia*, un término acuñado por Ogboaja para describir una red tradicional de medios de comunicación oral en el contexto de África, que es aplicable igualmente a diversas culturas de Asia, América Latina y el Caribe.

No abundan los materiales publicados acerca del éxito de las comunicaciones interpersonales sobre el VIH/SIDA. Esto es debido en parte a la financiación relativamente limitada que se asigna para intervenciones de comunicación interpersonal. La financiación se ha restringido principalmente porque la comunicación interpersonal llega a menos personas que los medios de comunicación. Sin embargo, muchos expertos en comunicaciones han comprobado que la comunicación interpersonal obtiene buenos resultados cuando aborda las cuestiones sensibles del comportamiento sexual en África y Asia. Además, todavía no se han valorado adecuadamente los costos y beneficios de la comunicación interpersonal. Los resultados de esta última en el cambio de comportamiento no pueden evaluarse con tanta facilidad como la creación y mantenimiento de sensibilización a través de los medios de comunicación.

Otro problema es que las campañas de prevención del VIH/SIDA en los medios de comunicación han

recibido críticas, en parte porque los investigadores y expertos en comunicaciones han declarado de manera infundada que tales campañas habían influido en los comportamientos, cuando el único resultado posible era la simple sensibilización. Aunque son necesarias esas campañas en los medios de comunicación, generalmente de una duración limitada, con el fin de fomentar y mantener la sensibilización, el cambio de comportamiento exige una promoción sostenida entre los grupos y los individuos. Esto requiere un componente de comunicación interpersonal.

Las campañas en los medios de comunicación también son útiles para reforzar la comunicación interpersonal, por ejemplo, al abordar los papeles de género en la familia y la comunidad. Esto ha animado a los varones a participar en el diálogo sobre la prevención del VIH/SIDA, en vez de asignar a las mujeres toda la carga de la toma de decisiones. Los medios de comunicación pueden ayudar a los varones a comprender la importancia que tienen sus familias y el papel protector que deben desempeñar tanto en la familia como en la comunidad.

Las campañas en los medios de comunicación también pueden contribuir a cuestionar la hipótesis de que unos mayores conocimientos del VIH/SIDA bastan por sí solos para inducir comportamientos sexuales más seguros. Incidir en cada segmento de la comunidad con mensajes apropiados es fundamental para llegar a una población con mecanismos diversos de producción y adquisición de conocimientos. Asimismo, cada cultura confía de forma variable en los nuevos conocimientos para emprender un cambio de comportamiento. La

fuerza de las asociaciones entre conocimientos, actitudes y prácticas también difiere de una cultura a otra. La comprensión de esas variaciones culturales es esencial para las intervenciones de comunicaciones. No puede seguir aceptándose la premisa tradicional de que los conocimientos conducen automáticamente a una modificación del comportamiento.

La difusión de declaraciones públicas sobre el VIH/SIDA ha transmitido por lo general información inespecífica e incontrovertible sobre las relaciones sexuales seguras. En la mayoría de los casos, esas declaraciones se han preparado para aumentar los conocimientos, más que para influir en los comportamientos. En menos de un tercio de las declaraciones sobre el VIH/SIDA se ha fomentado el uso del preservativo como un comportamiento preventivo de la salud. Hasta ahora, la mayoría de las declaraciones se ha dirigido a audiencias generales. En general, han proporcionado un material poco concreto y visualmente inexplicito; no han hecho mención de los obstáculos para el cambio de comportamiento, y pocas veces han aportado recomendaciones precisas. Casi sin excepción, las declaraciones se han limitado a aumentar la sensibilización sobre el VIH/SIDA. Este enfoque es incompatible con los objetivos de las campañas de prevención del VIH/SIDA, que deben abordar los ámbitos contextuales que podrían conducir a un cambio de comportamiento.

Otro factor que hay que tener en cuenta es que los expertos en comunicaciones que trabajan en el campo del VIH/SIDA han comenzado a emprender programas de base y alcance comunitarios. En contraste con las

típicas campañas de comunicaciones, las intervenciones de alcance comunitario son más complejas, se programan a largo plazo y, por definición, implican una participación amplia de la comunidad. Aunque las campañas en los medios de comunicación bien desarrolladas y ejecutadas pueden desempeñar un papel crucial para aumentar los conocimientos y la sensibilización sobre los problemas, es necesario invertir más recursos en comunicación interpersonal. Y hay que subrayar que las campañas de comunicaciones, por sí solas, no pueden modificar la infraestructura de la comunidad, generar y aplicar políticas ni incrementar los recursos (como los preservativos o el intercambio de agujas) y los servicios (de asesoramiento, pruebas o asistencia médica).

En resumen, las respuestas de los países representados en los seminarios consultivos subrayaron las siguientes cuestiones clave para unas comunicaciones eficaces sobre la prevención del VIH/SIDA, así como otros temas que siguen siendo un tanto problemáticos en los programas de prevención, asistencia y apoyo relacionados con el VIH/SIDA:

- Integrar la prevención del VIH/SIDA con el tratamiento de las ETS/ITS, dado el éxito constatado de esta estrategia.
- Localizar los mensajes sobre el VIH/SIDA dentro del contexto más amplio de la realidad socioeconómica de un país, teniendo en cuenta que el VIH representa una crisis tanto económica como social.

- Desarrollar estrategias de comunicaciones sobre el VIH/SIDA que den la consideración pertinente a la cultura, las relaciones de género, la estructura de poder, la religión/espiritualidad, el nivel económico de las personas y gobiernos, y los papeles individuales y colectivos de estas dimensiones en la prevención y asistencia del VIH/SIDA.
- Promover la participación de la comunidad planificando y ejecutando programas centrados en las personas que induzcan a una participación de base amplia.
- Elaborar una estrategia de comunicaciones que incluya mensajes interpersonales y a través de los medios de comunicación, tanto de forma independiente como combinada.
- Reconocer la importancia del consumo de alcohol en la propagación del VIH. Esto es especialmente importante porque algunas sociedades tienden a favorecer dicho consumo.
- Apoyar la disponibilidad de preservativos y enseñar su uso apropiado.
- Fomentar las comunicaciones que aborden la importancia de las leyes que prohíben la violencia contra las mujeres, incluidas la violencia doméstica y la violación por soldados en los conflictos armados.
- Fomentar la comunicación con y entre padres y hermanos, de forma que puedan comentarse

cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA según las pautas culturales y familiares de discusión padres-hermanos.

- Colaborar con el sector privado y reconocer la importancia de las organizaciones no gubernamentales con el fin de reforzar sus papeles y capacidades.
- Desarrollar programas orientados a poblaciones específicas, como los taxistas.
- Utilizar la investigación participativa y cualitativa, de modo que los beneficiarios de los programas intervengan en las tareas de planificación, ejecución y evaluación. Este tipo de investigación ha permitido que diversos países identificaran problemas y audiencias que se habían desatendido inicialmente durante la planificación de las intervenciones de comunicaciones.
- Identificar las diferencias dentro de un país o región (p.ej., zonas rurales frente a zonas urbanas, zonas de planicie frente a regiones de montaña).
- Reconocer la importancia de los derechos humanos en su relación con la protección jurídica de las personas que viven con el VIH/SIDA. Esto incluye estrategias de comunicación tales como la revelación de la infección en ensayos de vacunas, la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y el acceso al tratamiento farmacológico, incluidos los medicamentos antirretrovíricos. Todas estas situaciones plantean cuestiones éticas.

- Elaborar programas para poblaciones específicas, como la integración de la educación sobre el VIH/SIDA en los programas escolares y el desarrollo de seminarios de educación sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
- Mantener la sensibilización a través de los medios de comunicación –por ejemplo, rebatiendo los conceptos erróneos existentes sobre el VIH/SIDA—, sin dejar de reconocer las limitaciones de confiar exclusivamente en esos medios para inducir a la acción.
- Reconocer las implicaciones específicas para los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones. Este aspecto sigue pasándose por alto en los programas de prevención del VIH/SIDA de algunos países.
- Utilizar la evaluación como elemento estratégico en todos los programas de comunicaciones. En esos programas, también debe hacerse hincapié en el ensayo previo como componente crucial del diseño eficaz de los mensajes y materiales. Asimismo, con objeto de preparar programas de comunicaciones más eficaces, es necesario elucidar el entorno epidemiológico del VIH/SIDA por medio de una investigación sistemática.
- Fomentar la apertura a fin de explorar nuevas ideas y enfoques capaces de influir en las audiencias. En algunas zonas, la educación sobre la prevención del VIH/SIDA en la escuela primaria podría constituir un medio eficaz de

abordar el problema. Sin embargo, son necesarios la voluntad y el compromiso políticos, lo que significa que los esfuerzos de sensibilización deben dirigirse hacia los ministerios de educación y otros estamentos responsables de la toma de decisiones.

Recomendaciones

En el contexto del VIH/SIDA, se requieren tanto soluciones a corto plazo como cambios a largo plazo para mitigar los efectos de la epidemia. Los ámbitos contextuales plantean algunos problemas que es necesario afrontar, ya que no se prestan a estrategias de intervención lineales encaminadas a resolver los problemas sin tener en cuenta sus causas. Es fundamental identificar normas sociales, culturales y comportamentales pertinentes que puedan fomentarse o modificarse con el fin de reducir las situaciones de riesgo que tienden a favorecer la propagación del VIH/SIDA. Se examinan a continuación algunas de las cuestiones clave para alcanzar las metas y objetivos relacionados con los cinco ámbitos contextuales. Esas recomendaciones se han agrupado en tres categorías: comunicación interpersonal, medios de comunicación e intervención en programas.

Comunicación interpersonal

- Identificar el papel y la función de las estrategias de comunicación interpersonal. Por ejemplo, averiguar el potencial de la educación lúdica incorporando el humor a los mensajes y discusiones sobre el SIDA y la sexualidad para promover una discusión abierta entre parejas, compañeros y amigos.
- Crear oportunidades para que las comunidades empleen la comunicación interpersonal en la discusión de los problemas observados.

Medios de comunicación

- Definir el papel y la función de las intervenciones de comunicaciones, incluidas la movilización social y la sensibilización.
- Formar al personal y a los participantes, pertenezcan o no al contexto social objetivo, en el uso de estrategias eficaces de medios de comunicación.
- Analizar el entorno de la información, teniendo en cuenta especialmente que las prioridades de salud compiten con otras por el espacio y el tiempo en los medios de comunicación.

Intervención en programas

- Establecer diferencias entre las comunicaciones planificadas y las noticias puntuales que no quedan al alcance de los agentes de salud.
- Identificar lo que se entiende por significado cultural, de modo que la comprensión y apreciación de la «cultura» no queden limitadas a creencias individuales.
- Recurrir a colaboradores autóctonos, como personas influyentes y curanderos tradicionales, que contribuyan a planificar las comunicaciones.
- Utilizar enfoques de intervención flexibles, en lugar de fórmulas únicas aplicables a cualquier situación.

Matriz de las comunicaciones

Ámbitos	Cuestiones	Análisis	Resultados	Estrategias	Evaluación
Política gubernamental					
Nivel socioeconómico					
Cultura					
Relaciones de género					
Espiritualidad					

- Procurar que las estrategias de comunicaciones cubran todo el espectro del VIH/SIDA, desde la prevención hasta la asistencia.
- Tratar las comunidades como si fueran objetivos de información globales pero segmentados, y no como audiencias únicas.

La matriz anterior podría representar la guía para aplicar las comunicaciones en el nuevo marco. En ese cuadro aparecen los cinco ámbitos que se han identificado. Cada uno de ellos incluye diversas cuestiones, y algunas de éstas (p.ej., creación de capacidades, estadios de la epidemia) pueden abarcar múltiples ámbitos. Los países deberían analizar cada una de las cuestiones basándose en la investigación y la experiencia regionales. El siguiente paso consistirá en identificar resultados específicos al responder a la cuestión en uno o más de los ámbitos contextuales. Algunos ejemplos serían modificar la moral social, mejorar las políticas o reforzar valores culturales positivos. Una vez identificados los resultados, es necesario establecer estrategias para alcanzarlos. Por ejemplo, ¿cuál es el canal preferido: los medios de comunicación o la comunicación interpersonal? En el primer supuesto, ¿cuál es el mejor medio de comunicación: la televisión, la radio, los periódicos o las revistas?, y ¿cómo debería ser la campaña: «extensiva» (cobertura global) o «puntual» (cobertura dirigida)? En el caso de la comunicación interpersonal, ¿cuál debería ser la población objetiva: grupos reducidos, personas influyentes concretas o audiencias «fieles» (p.ej., mercados, escuelas, garajes)? A continuación hay que identificar mensajes específicos basándose en los éxitos previos. Por último, debería haber un mecanismo para

supervisar y evaluar la planificación, el proceso y el resultado de la intervención.

6

El marco: de local a mundial

El nuevo marco del ONUSIDA para las comunicaciones se ha configurado a partir de una combinación de investigaciones y prácticas que son compatibles con la comprensión conceptual y práctica existente en cada contexto cultural. Cuando se utilizan para afrontar el VIH/SIDA en África, Asia y América Latina y el Caribe, las estrategias de comunicaciones pueden incorporar elementos seleccionados de los enfoques actuales, pero no deben modelarse rígidamente en torno a ellos.

Una estrategia de comunicaciones va más allá de la simple divulgación de mensajes. Debería incluir una evaluación que demostrase que esos mensajes han sido realmente eficaces. La evaluación ha de ser un proceso continuo que anime a los sectores más populares de la comunidad a examinar sus propios problemas y participar en la construcción de soluciones. Hay que utilizar métodos de evaluación tanto cuantitativos como cualitativos. A veces son fundamentales una supervisión y una evaluación guiadas, aunque informales, dentro de la comunidad con el fin de descubrir sus necesidades reales y obtener información fiable sobre cuestiones sexuales delicadas.

Las intervenciones de comunicaciones tienen que basarse en una evaluación de los enfoques actuales frente a las comunicaciones sobre el VIH/SIDA y centrarse en el desarrollo de una respuesta global que tenga en cuenta las consultas y recomendaciones regionales. Para que la gente participe en estos procesos de planificación, ejecución y evaluación son necesarias unas políticas de comunicación eficaces, no excluyentes y culturalmente sensibles, que sean el resultado de la comunicación interpersonal, la educación y las campañas en medios de comunicación. Esto también se aplica a los métodos de comunicación entre culturas, como la comunicación oral y la elasticidad del lenguaje. (La elasticidad del lenguaje consiste en expresiones culturales, en particular palabras de consejo y ánimo, que a menudo se expresan por medio de refranes, alegorías y metáforas. Es posible que no mencionen el tema de discusión, pero las personas que intervienen en la comunicación comprenden claramente su significado.) En consecuencia, la sensibilidad frente a la cultura debería ser un elemento central en la preparación de intervenciones de comunicación, tanto en la esfera interpersonal como en los medios de comunicación.

Gracias al proceso consultivo, el ONUSIDA llegó a la conclusión de que las teorías y prácticas convencionales actuales acerca de los comportamientos de salud son demasiado limitadas y parecen inadecuadas para un marco de comunicaciones adaptable. Ya se han examinado anteriormente los cinco ámbitos contextuales que hay que tener en cuenta en un

comportamiento preventivo del VIH/SIDA dentro del marco revisado de comunicaciones.

Después de una larga discusión sobre el proceso y los resultados, se acordó que el nuevo marco debería centrarse en las cuestiones clave que es necesario tratar y en la capacidad para abordarlas dentro de un contexto determinado. También se acordó que, teniendo en cuenta las conclusiones de las reuniones, el foco de atención no debería centrarse en el desarrollo de una teoría alternativa, sino en un enfoque flexible que abordara la prevención y la asistencia del VIH/SIDA a escala mundial, pero con una especificidad regional. En consecuencia, el marco debería identificar las cuestiones clave y los componentes susceptibles de tratamiento. Los aspectos concretos quedan a discreción de cada país con el fin de asegurar que se representen y consideren adecuadamente las diferencias locales. Se resumen seguidamente algunos de los principios que deberían guiar la formulación de un marco para las intervenciones de comunicaciones sobre el VIH/SIDA a nivel nacional:

- Dentro del marco, hay que identificar con claridad las audiencias destinatarias para que puedan abordarse adecuadamente sus necesidades específicas.
- Los entornos mediáticos están cambiando con gran rapidez. Así pues, deben impulsarse las asociaciones con los medios de comunicación para animar a sus dirigentes a establecer comunicaciones adecuadas acerca del VIH/SIDA.

- Las intervenciones de comunicación deben contemplarse como una combinación de comunicaciones interpersonales y medios masivos de comunicación.
- Un marco de comunicaciones adaptable ha de basarse en una combinación de estrategias centradas en los cinco ámbitos contextuales: política gubernamental, nivel socioeconómico, cultura, relaciones de género y espiritualidad.
- Las estrategias de comunicación tienen que abarcar toda la gama de servicios de salud, desde la prevención hasta la asistencia.
- Es necesario fomentar enfoques de intervención de base comunitaria en los que los miembros y las instituciones de la comunidad se sientan involucrados desde la fase inicial de planificación.
- En las estrategias de comunicación, especialmente cuando se trate de comunicaciones interpersonales, conviene movilizar e incluir líderes de opinión.
- Las comunicaciones deberían enfocarse a personas de la comunidad que puedan erigirse en cauces de información, como maestros y curanderos tradicionales.
- En la elaboración de mensajes sobre el VIH/SIDA deberían intervenir tanto el emisor como el perceptor. Es mejor utilizar un enfoque amplio y ecléctico que un único modelo determinado.

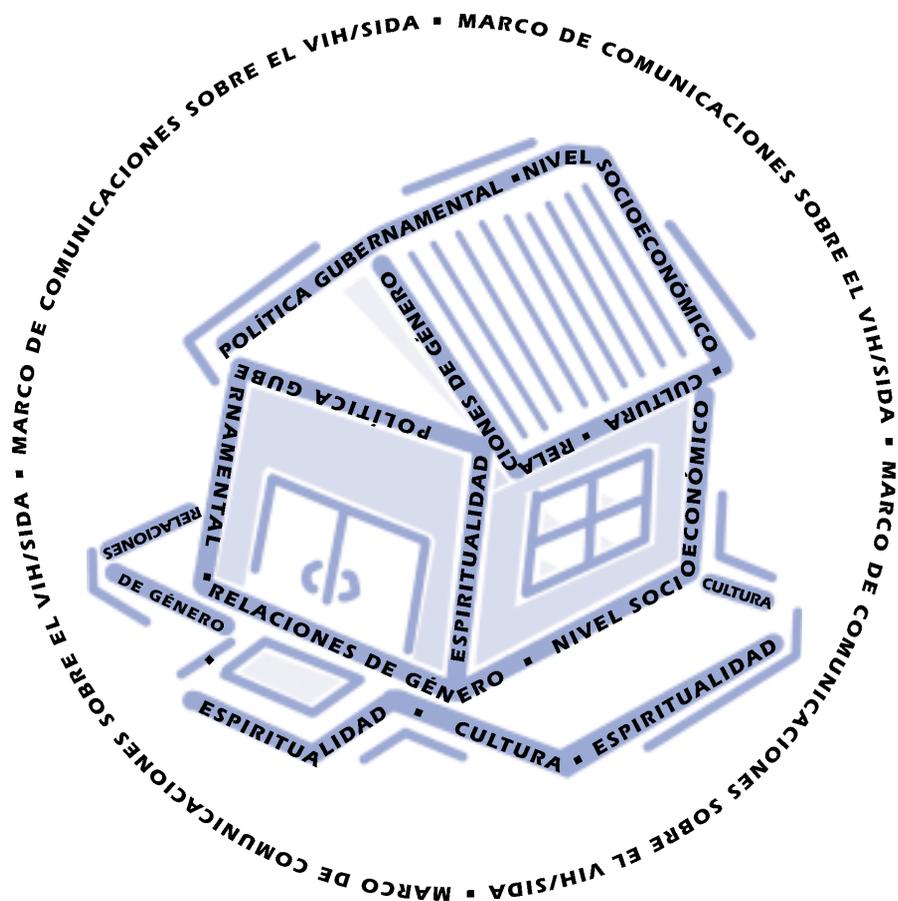
- Los contextos familiares, en los que el emisor y el perceptor se atienen a códigos y significados culturales similares, deberían constituir la base de las intervenciones de comunicación.
- Hay que fomentar las estrategias regionales, nacionales y locales que promuevan el sentido de identificación conceptual y práctica con un proyecto.
- Los contextos regionales deberían influir en las estrategias de comunicación.
- Una institución, tanto como un individuo, puede constituir un canal o medio de comunicación.
- Es necesario fomentar abiertamente la comunicación interpersonal, en particular cuando se trate de temas que se consideren de índole cultural o espiritual.
- Conviene reforzar el apoyo a las comunicaciones preventivas, dado que las limitaciones de las nuevas terapias de combinación medicamentosa pueden crear una falsa sensación de seguridad en la mayoría de las poblaciones vulnerables.

La metáfora de la «casa-hogar»

El marco puede representarse como una casa cuya estructura varíe de una región a otra, de un país a otro. Los residentes de una «casa» la transforman en un «hogar» por medio de su cultura, espiritualidad, recursos económicos, relaciones de género y de familia y políticas y normas que rigen la interacción en la casa. Así, la especificidad regional, nacional y comunitaria transformará la casa en un hogar. Cada casa tiene unos cimientos, un techo y unas paredes diseñados para responder a las condiciones del medio: el contexto. En el nuevo marco de comunicaciones, los cinco ámbitos se representan en los cimientos, el techo y las paredes de la casa, dependiendo de las metas, objetivos y estrategias que se empleen en una determinada intervención de comunicación. La especificidad regional y nacional quedará plasmada en los diferentes significados arquitectónicos, estructurales, climáticos, materiales, espirituales y culturales que transformarán la casa en un hogar (véase la figura 6.1, en la página 95).

El marco debería contribuir a generar un debate sobre la relación entre el foco de atención de un programa de comunicaciones y las diversas fases de la epidemia de VIH/SIDA. Es posible que cada etapa requiera diferentes enfoques y mensajes.

Entre los componentes del marco deberían figurar: *a)* la definición y alcance de las intervenciones de comunicaciones; *b)* las estrategias «prácticas» de comunicación; *c)* los aspectos del desarrollo del programa (en concreto, desarrollo de capacidades y de credibilidad, asesoramiento político y movilización de



Metáfora de la «casa-hogar»

Figura 6.1

recursos), y *d*) la evaluación de las estrategias y los resultados de la planificación y ejecución.

Por último, cabría esperar que cualquier casa tuviera una puerta de entrada y una de salida. En este marco existe una puerta doble, uno de cuyos paneles consta de los procesos y cuestiones fundamentales para ejecutar una estrategia, mientras que el otro panel incluye los procesos y cuestiones fundamentales para evaluarla. Las ventanas ofrecen la oportunidad de que cada región y

país aborde su situación específica de acuerdo con el estadio de la epidemia en su contexto.

Por ejemplo, en un programa que ofrezca preservativos a los clientes de profesionales del sexo, el gobierno nacional puede localizarse en el techo del marco de comunicaciones para establecer políticas que aseguren la disponibilidad constante de preservativos. Sin embargo, para optimizar el uso de los preservativos disponibles, es necesario identificar las expectativas sociales de las mujeres que trabajan en la industria del comercio sexual. Así, las relaciones de género pueden ubicarse en los cimientos del marco. Otros ámbitos contextuales relacionados son las paredes del marco: nivel socioeconómico, factores culturales y espirituales en los niveles comunitario, institucional e individual.

En otras circunstancias, la imposibilidad de traducir la sensibilización pública en un comportamiento positivo para la salud puede obligar a situar la espiritualidad en el techo, en representación de los colectivos religiosos. Tal vez sea necesario que líderes religiosos de diferentes tendencias contribuyan a elaborar mensajes orientados a los diversos subgrupos de población. Mientras tanto, la cultura podría situarse en los cimientos. La cultura puede utilizarse para identificar los procesos locales de comunicaciones que conducirían de la sensibilización al cambio de comportamiento, tanto a nivel familiar como comunitario. En este último ejemplo, los papeles de las relaciones de género, del nivel socioeconómico y de la política gubernamental pueden considerarse como puertas y ventanas que determinan la estrategia apropiada.

Conclusión

En la presente monografía no se examinan las medidas que deberían adoptarse para poner en práctica los marcos regionales; esta decisión incumbe a cada uno de los países. De hecho, proponiendo los sucesivos pasos operativos se anularía el propósito del proceso participativo que caracteriza esta iniciativa. Corresponde a cada país —o grupo de países en cada región— crear un foro donde los investigadores y expertos en comunicaciones puedan reunirse para desarrollar métodos de llevar a la práctica los marcos regionales dentro de su propio contexto. Ahí es donde la casa se transforma en un hogar.





Lista de abreviaturas

ACORD—Asociación de Cooperación e Investigación para el Desarrollo

ADE—Academia para el Desarrollo de la Educación (México)

AIDSCAP—Proyecto de Control y Prevención del SIDA

AIDSMARK—Proyecto de los Servicios Internacionales de Población

CCC—Comunicaciones para el cambio de comportamiento

CCISD—Centro para la Cooperación Internacional en Salud y Desarrollo

ETS—Enfermedad de transmisión sexual

FHI—Family Health International

FNUAP—Fondo de Población de las Naciones Unidas

IEC—Información, educación y comunicación

IPPF—Federación Internacional para la Planificación de la Familia

ISAPSO—Organización de Apoyo a los Servicios Integrados para la Prevención del SIDA

JHU—Universidad Johns Hopkins (EE.UU.)

NASCP—Programa Nacional de Control del SIDA y las ETS

OMS—Organización Mundial de la Salud

ONU—Organización de las Naciones Unidas

- ONUSIDA—Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
- PATH—Programa para una Tecnología Sanitaria Apropriada
- PCS—Servicios de Comunicación para la Población de la Universidad Johns Hopkins (EE.UU.)
- PennState—Universidad del Estado de Pennsylvania (EE.UU.)
- PNS—Programa Nacional del SIDA
- PNUD—Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- PNUFID—Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
- PSI—Servicios Internacionales de Población (EE.UU.)
- SafAIDS—Servicio de Divulgación de Información sobre el SIDA de África Meridional
- SFH—Society for Family Health
- SIDA—Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- UNESCO—Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- UNICEF—Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- USAID—Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

- Ahmed, S. (1993, 6–11 de junio). Truck drivers as vulnerable group in northeast India. *International Conference on AIDS* 9 (2), 679. (Abstract no. P0–C08–2778).
- Airhihenbuwa, C. O., Makinwa, B., y Obregon, R. (1998). Health communications for HIV/AIDS in the next millennium. *Journal of Health Education*, 29 (5), 326–327.
- Airhihenbuwa, C. O. y Obregon, R. (1997, November 7–11). A critical assessment of theories/models used in communication strategies for HIV/AIDS. Reunión consultiva del ONUSIDA sobre programación de comunicaciones, Ginebra, Suiza.
- Airhihenbuwa, C. O. (1995). *Health and culture: Beyond the Western paradigm*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1998, agosto). Social modeling and self-efficacy. *A Report on the Second International Conference on Entertainment-Education and Social Change*. Johns Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP). Baltimore: JHU/CCP.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.
- Bibeau, G. (1997). At work in the fields of public health: The abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 146–155.
- Chowdhury, S., Goswami, A., y Amar, S. (1993, 6–11 de junio). Sexual behavior and perception of risk of AIDS in youth of urban slums of Delhi, India. *International Conference on AIDS*, 9 (2), 951. (Abstract no. P0–D37–4399).
- Deane, J. (1997, 7–11 de noviembre). Surrendering the agenda: The future of HIV/AIDS communications. Reunión consultiva del ONUSIDA sobre programación de comunicaciones, Ginebra, Suiza.

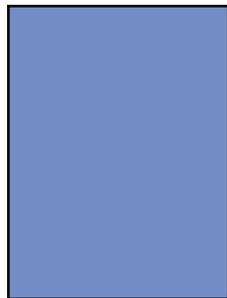
- Dillard, J. P., Plotnick, C. A., Godbold, L. C., Freimuth, V. S., y Edgar, T. (1996). The multiple affective outcomes of AIDS PSAs: Fear appeals do more than scare people. *Communication Research*, 23 (1), 44–72.
- Ferreira, A. y Mallol, S. (1994, 7–12 de agosto). Training health agents for prevention in urban low socioeconomic status women. *International Conference on AIDS*, 10 (1), 328. (Abstract no. PD0135).
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flora, J. A. y Myhre, S. (1997, 7–11 de noviembre). International AIDS communication campaign: Progress and prospects. Reunión consultiva del ONUSIDA sobre programación de comunicaciones, Ginebra, Suiza.
- Fogarty Workshop on International HIV/AIDS Prevention Research Opportunities. (1998, 17–20 de abril). University of California, San Francisco AIDS Research Institute, San Francisco, CA
- Freimuth, V. S. (1992). Theoretical foundations of AIDS media campaigns. In T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, y V. S. Freimuth (Eds.), *AIDS: A Communication Perspective* (pp. 91–110). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gill, H. y Mohammed, S. (1994, 7–12 de agosto). Factors affecting control of AIDS in Nigeria. *International Conference on AIDS*, 10 (2), 252. (Abstract no. PC0371).
- Glanz, K. y Rimer, G. K. (1995). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. U.S. Department of Health and Human Services. PHS, NIH.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, L. W., George, M. A., Daniel, M., Franklin, C. J., Herbert, C. J., Bowie, W. R., y O'Neill, M. (Eds.). (1995). Royal Society of Canada: Estudio de investigación participativa sobre fomento de la salud. *Review and*

Recommendations for the Development of Participatory Research in Health Promotion in Canada. The Institute of Health Promotion Research, The University of British Columbia and the B. C. Consortium for Health Promotion Research.

- Green, L. W. y Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach.* Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Guttman, N. (1997). Ethical dilemmas in health campaigns. *Health Communication*, 9 (2), 1550–1590.
- Lievrouw, L. A. (1994). Health communication research reconsidered: Reading the signs [Review Essay]. *Journal of Communication*, 44 (1), 91–99.
- Makinwa, B. (1997, 7–11 de noviembre). Communications programming and emerging challenges: Treatment drugs, vaccine trials, and rapidly changing science. Reunión consultiva del ONUSIDA sobre programación de comunicaciones, Ginebra, Suiza.
- Melkote, S. R. y Goswami, D. (1997, 7–11 de noviembre). Psychosocial theories in HIV/AIDS prevention: A framework to integrate behavioral and societal-level factors to guide policy development. Reunión consultiva del ONUSIDA sobre programación de comunicaciones, Ginebra, Suiza.
- Mendoza, A. M. (1997, 7–11 de noviembre). Bridging information towards transformation: Can it work? Reunión consultiva del ONUSIDA sobre programación de comunicaciones, Ginebra, Suiza.
- Michal-Johnson y Bowen, S. (1992). The place of culture in HIV education. En T. Edgar, M. A. Fitzpatrick, y V. S. Freimuth (Eds.), *AIDS: A communication perspective* (pp. 147–172). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mukherjee, B. y Chatterjee, M. (1993, 6–11 de junio). HIV-risk in India and challenge towards a better for the future. International Conference on AIDS, 9 (2), 677. (Abstract no. P0-C08-2759).

- ONUSIDA. (1999). *Communications Programming for HIV/AIDS: An annotated bibliography*. UNAIDS Best Practice Collection. ONUSIDA, Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA/OMS. (1998). *Informe del ONUSIDA de los progresos realizados*. Ginebra: ONUSIDA/OMS.
- Peltro, P. J. y Peltro, G. H. (1991). Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 147-163.
- Reassessing priorities: Identifying the determinants of HIV transmission (1993). *Social Science Medicine*, 36 (4), iii-viii.
- Relv, M. V. (1997). Illuminating meaning and transforming issues of spirituality in HIV disease and AIDS: An application of Parse's theory of human becoming. *Holistic Nursing Practice*, 12 (1), 1-8.
- Rockefeller Foundation. (1999). *Communication for social change*. Nueva York, NY: Rockefeller Foundation.
- Rogers, E. M. (1976). Communication and development: The passing of the dominant paradigm. *Communication Research*, 3 (2), 213-240.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*, 3rd ed. Nueva York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*, 4th ed. Nueva York, NY: Free Press.
- Shah, I., Thongthai, V., Leoprapai, B., Mundigo, A., Prasartkul, P., y Chamrathirong, A. (1991). Knowledge and perceptions about AIDS among married women in Bangkok. *Social Science and Medicine*, 33 (1), 1287-1293.
- Singhal, A. y Rogers, E. M. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smith, W. (1998, 17-20 de abril). Presentation on social marketing. Fogarty Workshop on International HIV/AIDS Prevention Research Opportunities. University of California, San Francisco AIDS Research Institute, San Francisco, CA.

- Soola, E. O. (1991). Communication and education as vaccine against the spread of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in Africa. *Africa Media Review*, 5 (3), 33–40.
- Ugboajah, F. O. (1985). Oramedia in Africa. En F. O. Ugboajah (Ed.), *Mass communication, culture and society in West Africa* (pp. 165–176). Londres: Hans Zell Publishers.
- World Bank Policy Research Report. (1997). *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Nueva York: Oxford University Press.
- Yoder, P. S. (1997). Negotiating relevance: Belief, knowledge, and practice in international health projects. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 131–146.
- Yoder, P. S, Hornik, R., y Chirwa, B. C. (1996). Evaluating the program effects of a radio drama about AIDS in Zambia. *Studies in Family Planning*, 27 (4), 188–203.



Participantes en los seminarios

Ginebra (Suiza), 5-7 de noviembre de 1997

Collins O. Airhihenbuwa, The Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, EE.UU.

Awa Coll-Seck, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

James Deane, Instituto Panos, Londres, R.U.

June A. Flora, Stanford University, Palo Alto, CA, EE.UU.

Salvador Herencia, UNICEF, Bogotá, Colombia

J. P. Madeira, The Independent, Puerto España, Trinidad y
Tabago

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Srinivas R. Melkote, Bowling Green State University, Bowling
Green, OH, EE.UU.

Aurorita M. Mendoza, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Taina Nakari, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Otula Owuor, Editor/Periodista, Dakar, Senegal

Beatrice O. Randrianarison, OMS Antananarivo, Madagascar

Agnes M. Ridley, Consultor privado, Ginebra, Suiza

Sirichai Sirikaya, Chulalongkorn University, Bangkok, Tailandia

Werasit Sittitrai, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Abidján (Côte d'Ivoire), 9–12 de diciembre de 1997

Mujawayezu Agne, ACORD, Kigali, Rwanda

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, EE.UU.

Lanke Akintemi, ELMAIDS, Lagos, Nigeria

Monica I. Aoko, Oficina del Vice presidente y Ministro de
Planificación y Desarrollo Nacional, Nairobi, Kenya

Louisa Ayonote, Tell Magazine, Lagos, Nigeria

Khady Barry, Asociación FAFS, NLE, Dakar, Senegal

Fekerte Belete, ISAPSO, Addis Abeba, Etiopía

Roger-Paul Bernard, AIDS Feedback, Ginebra, Suiza

Tayo Bolu, SFH/PSI, Lagos, Nigeria

Robert Clark, AIDSMARK/PSI, Nueva York, NY, EE.UU.

Mougnuton Paul Delon, PNLIS, Ministro de Salud, Yaoundé,
Camerún

Waly Diop, West Africa AIDS Project, CCISD, Ouagadougou,
Burkina Faso

Ramatoulaye Dioume, Family Health International (FHI),
Senegal

Beatrice Elom, Consultor de comunicaciones, Yaoundé, Camerún

Sina Falana, Family Health International (FHI), Lagos, Nigeria

Alion Fall, AIDS Project, Dakar, Senegal

Akin Fatoyinbo, Banco Mundial, RCI, Abidján, Côte d'Ivoire

Donna Flanagan, Family Health International (FHI), Research
Triangle Park, NC, EE.UU.

Sicard Frederic, Unión Europea, Cotonou, Benin

Kees Kostermans, Banco Mundial, Maputo, Mozambique

Dede Kugbe, Federación Internacional para la Planificación de la
Familia (IPPF), Sede central, Nueva York, NY, EE.UU.

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Absalom Mutere, University of Zimbabwe, Harare, Zimbabwe

Fassa Namiene, Project HIV/AIDS Impact on Educational Systems

Gordon Nyanjom, Kenya-Belgium STD Project, NASCOP, Nairobi, Kenya

Dorothy Nyongo, Federación Internacional para la Planificación de la Familia (IPPF), Nairobi, Kenya

Emily Obwaka, JHU/PCS, Nairobi, Kenya

Wole Odutola, Life Vanguard, Lagos, Nigeria

Pascal Revault, GRAR, Francia-Mali

Tobi J. Saidel, Family Health International (FHI), Research Triangle Park, NC, EE.UU.

Aurora Stally, SAfAIDS, Harare, Zimbabwe

Julie Victor-Ahuchogu, AIDS/STD Program, Nairobi, Kenya

Berg Voetberg, Banco Mundial, Washington, DC, EE.UU.

Washington, DC (EE.UU.), 27 de febrero de 1998

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/ ONUSIDA, State College, PA, EE.UU.

Dominique DeSantis, UNICEF, Nueva York, NY, EE.UU.

Barbara de Zaluondo, USAID, Washington, DC, EE.UU.

Mary Lynn Field, Family Health International (FHI), Research Triangle Park, NC, EE.UU.

Kristina Gryboski, PATH, Washington, DC, EE.UU.

Robert Hornik, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, EE.UU.

Silvia Luciani, UNICEF, Nueva York, NY, EE.UU.

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Aurorita Mendoza, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Steven Mobley, HORIZONS/Consejo de Población, Nueva York, NY, EE.UU.

Elaine Murphy, PATH, Washington, DC, EE.UU.

Arvind Singhal, Ohio University, Athens, OH, EE.UU.

Werasit Sittitrai, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Linda Sussman, USAID, Washington DC, EE.UU.

Bangkok (Tailandia), 6-8 de julio de 1998

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, EE.UU.

Fekerte Belete, ISAPSO, Addis Abeba, Etiopía

Tony Bennett, Family Health International (FHI), Bangkok,
Tailandia

Usha Bhasin, All India Radio, Nueva Delhi, India

Susan Cheng Sim Chong, Consejo Malasio sobre el SIDA, Kuala Lumpur, Malasia

Waly Diop, West Africa AIDS Project, CCISD, Ouagadougou,
Burkina Faso

Somboon Khorskul, Ministro de Salud, Bangkok, Tailandia

Kangmai Liu, Asociación China del SIDA/ETS, Beijing, China

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Seri Phongphit, ONUSIDA, Bangkok, Tailandia

Arunsiri Photong, Family Health International (FHI), Bangkok,
Tailandia

Elena N. Sherstyuk, UNICEF, Kiev, Ucrania

Sirichai Sirikaya, Chulalongkorn University, Bangkok, Tailandia

Ittirak Smithsuwan, The Life and Hope Club in Thailand,
Bangkok, Tailandia

Benchun Tian, National Health Education Institute, Beijing,
China

Dang Van Khoat, Comité Nacional Vietnamita sobre el SIDA,
Hanoi, Viet Nam

Baurzhan Zhusupov, Centro Republicano para el Estudio de la
Opinión Pública, Almaty, Kazajstán

**Santo Domingo (República Dominicana),
20–22 de enero de 1999**

Collins O. Airhihenbuwa, Pennsylvania State University/
ONUSIDA, State College, PA, EE.UU.

Ceneyda Brito, AcciónSIDA (AED), Santo Domingo, República
Dominicana

Tito Coleman, AcciónSIDA (AED), Santo Domingo, República
Dominicana

Edgar Jiménez Cruz, Programa SIDA, Ministerio de Salud,
Bogotá, Colombia

Juan Díaz, Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH/
SIDA (REDOVIH+), Santo Domingo, República
Dominicana

Ann Marie Fitzgerald, Proyecto Acción SIDA, Ciudad de
Guatemala, Guatemala

Berl Francis, Berl Francis & Co. Ltd., Kingston, Jamaica

Tim Frasca, Corporación Chilena de Prevención del SIDA,
Santiago de Chile, Chile

Irma Gallegos, Secretaria de Salud, Ciudad de México, México

Felipa García, Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH/
SIDA (REDOVIH+), Santo Domingo, República
Dominicana

Sarah Gordon, Ministra de Salud, Georgetown, Guyana

Ernesto Guerrero, ONUSIDA, Santo Domingo, República
Dominicana

Juan Hernández, Xochiquetzal, Centro de Estudios Sociales,
Veracruz, México

Oswaldo Legon, UNICEF, Santo Domingo, República Dominicana

Bunmi Makinwa, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

Barbara Martínez, Fundación Marozo, Caracas, Venezuela

Peggy McEvoy, ONUSIDA, Puerto España, Trinidad y Tabago

Lisette Mendoza, Red Dominicana de Personas Viviendo con VIH/SIDA (REDOVIH+), Santo Domingo, República Dominicana

Susan Muska, Consultora de comunicaciones, Nueva York, NY, EE.UU.

Rafael Obregón, Pennsylvania State University/ Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

Pilar Planet, Comisión Nacional de SIDA, Santiago de Chile, Chile

Marcio Ruiz Schiavo, Programa Nacional del SIDA/ETS, Rio de Janeiro, Brasil

Ramón Jeremías Soto, Ministerio de Salud, Tegucigalpa, Honduras

Veriano Terto, Asociación Brasileña Interdisciplinar del SIDA, Sao Paulo, Brasil

Gisela Ventura, Educación para el Control Nacional del SIDA/ETS, Santo Domingo, República Dominicana

Jahel Vidal, Programa Nacional del SIDA, Montevideo, Uruguay



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • INCLD • THLAP • PHUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

20, Avenue Appia
CH-1211

Ginebra 27, Suiza

Teléfono:

(+41.22) 791.46 51

Fax:

(+41.22) 791.41 87

Internet:

<http://www.unaids.org>



Pennsylvania State University (PennState)

201 Old Main

University Park, PA
16802-1589

EE.UU.

Teléfono:

(814) 865.7611

Fax:

(814) 863.8586

Internet:

<http://www.psu.edu>

