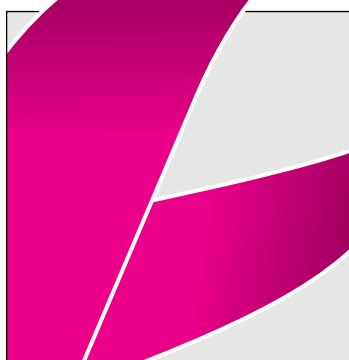


# Enfoques innovadores en la prevención del VIH

*Estudios de caso  
seleccionados*



Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA  
**MATERIAL FUNDAMENTAL**

---

**ONUSIDA/01.02S (versión española, abril de 2001)**  
**ISBN 92-9173-031-9**

---

Versión original en inglés, UNAIDS/00.35E, octubre de 2000 :  
*Innovative Approaches to HIV Prevention; Selected Case Studies*  
Traducción - ONUSIDA

---

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001.

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.

# Enfoques innovadores en la prevención del VIH

## *Estudios de caso seleccionados*



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

ONUSIDA  
Ginebra, Suiza  
2001

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente documento ha sido preparado para el ONUSIDA por Peter Aggleton, Elaine Chase, Kim Rivers y Paul Tyrer, de la Unidad de Investigación Thomas Coram del Instituto de Educación, Universidad de Londres. Todo el proceso de publicación ha sido coordinado por Andrea Verwohlt, ONUSIDA.

Los autores quieren expresar su agradecimiento a las organizaciones y personas -demasiado numerosas para citarlas individualmente- que generosamente han contribuido con su tiempo, información y consejos a la preparación del presente trabajo. Estamos especialmente en deuda con los funcionarios del ONUSIDA asignados a los países, con los equipos interpaíses y con los funcionarios de los programas nacionales por proponer los proyectos descritos en este informe, y con los organizadores y coordinadores de estas actividades por sus descripciones del trabajo llevado a cabo. A pesar de los esfuerzos realizados para comprobar la exactitud de todas las afirmaciones y descripciones, cualquier posible error o inexactitud subsistentes son imputables a los autores.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>5</b>
<b>¿ QUÉ FUNCIONA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH ?</b>	<b>6</b>
<b>¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS JÓVENES ?</b>	<b>11</b>
<b>¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS VARONES Y LAS MUJERES ?</b>	<b>20</b>
<b>¿ QUÉ FUNCIONA CON LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS?</b>	<b>25</b>
<b>¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS VARONES ?</b>	<b>32</b>
<b>¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS PROFESIONALES DEL SEXO Y SUS CLIENTES ?</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE CASO</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>49</b>

# Enfoques innovadores en la prevención del VIH

## INTRODUCCIÓN

A finales de 1999 se estimaba que en todo el mundo 34,3 millones de adultos y niños vivían con el VIH/SIDA y que se habían producido unos 18,8 millones de defunciones por esa enfermedad. África subsahariana sigue siendo el centro de la epidemia, con cerca de 25 millones de varones, mujeres y niños infectados por el VIH. En Asia, el número de infectados se estima en 7 millones, y las tasas están creciendo en países como la India y China. Algunas zonas de Europa central y oriental están siendo también testigo de un alarmante crecimiento de las tasas de infección por el VIH (ONUSIDA, 2000).

Es mucho lo que se ha aprendido durante los dos últimos decenios sobre la prevención del VIH. Parte de estos nuevos conocimientos provienen de estudios de evaluación, revisiones de programas, documentación de buenas prácticas ya existentes (ONUSIDA, 1999), metaanálisis y revisiones realizados cuidadosamente (por ejemplo, Gibney, DiClemente y Vermund, 1999), y de las observaciones de trabajadores sobre el terreno, de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de profesionales médicos del fomento de la salud.

Todas esas fuentes de información han demostrado su utilidad a la hora de identificar las intervenciones más apropiadas y prometedoras. Proporcionando diferentes tipos de información (por ejemplo, indicando cambios en la prevalencia y en la incidencia de la infección, cambios observados en el comportamiento, aumentos en el uso de los servicios ofrecidos o en la venta de preservativos; o un aumento en los conocimientos teóricos y prácticos, las creencias y las actitudes relacionados con el VIH), cada una de las fuentes de información contribuye a nuestros conocimientos sobre lo que puede “funcionar” en la prevención del VIH.

Los cinco criterios siguientes son especialmente útiles al evaluar los programas de prevención del VIH:

- 1) Pertinencia
  - apreciación de la pertinencia de los programas por los grupos beneficiarios
  - pertinencia cultural y contextual
- 2) Eficacia
  - planificación y ejecución bien coordinadas
  - alcance
- 3) Impacto
  - impacto en las tasas de ETS y VIH notificadas
  - impacto en los conocimientos, creencias y actitudes y relacionados con el VIH y el SIDA
  - impacto en unas prácticas sexuales más seguras y en unas formas menos peligrosas de consumir drogas.
- 4) Sostenibilidad
  - posible generalización a otros contextos
  - eficacia en función de los costos
- 5) Idoneidad ética

Es importante señalar, no obstante, que el éxito de cualquier intervención dependerá en gran parte de si las medidas adoptadas han sido apropiadas. Toda intervención se produce en el marco de un contexto específico, y al planificar, diseñar y poner en práctica programas de prevención del VIH es necesario tener en cuenta tanto el contexto local como la fase de la epidemia. También es especialmente importante recordar que casi siempre se necesitan intervenciones a *múltiples niveles* para animar a la gente a adoptar y mante-

ner unas prácticas sexuales y de consumo de drogas que sean seguras, así como para establecer los entornos que posibiliten y apoyen la reducción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH.

## METODOLOGÍA

Se identificaron diversas intervenciones innovadoras y prometedoras por medio de consultas con diversos expertos en el campo de la prevención del VIH/SIDA a nivel internacional, regional y local, así como mediante las revisiones de la bibliografía publicada. Un proyecto paralelo que recibió el apoyo del ONUSIDA y con base en el Centro East-West de Hawai estableció recientemente un archivo de estudios de prevención del VIH. El objetivo del presente informe es complementar esta revisión y otras similares.

Se obtuvo información a través de personas clave que trabajan en las sedes de organismos y fundaciones de beneficencia internacionales, y cuando se consideró necesario se realizó un seguimiento a nivel regional. También se obtuvo información de personas del ONUSIDA y de sus organizaciones copatrocinadoras en las sedes centrales y también a nivel nacional y regional. Se utilizó una nota tipo para advertir a las personas sobre la naturaleza del trabajo de este proyecto y para invitar a la colaboración y participación. Posteriormente se enviaron copias de esta nota tipo mediante correo electrónico, fax o correo a contactos individuales a nivel de países e interpaíses. En esta nota tipo se invitaba a proponer programas, proyectos y actividades locales que podrían incluirse en la presente revisión.

A continuación se entró en contacto con proyectos individuales a través de su gestor o coordinador y se solicitó una descripción del trabajo que estaban realizando, clasificada según los apartados siguientes:

- localización del proyecto, datos de los contactos y organismo financiador;
- descripción global del trabajo del proyecto;
- declaración de las actividades del proyecto y de los resultados obtenidos hasta la fecha;
- información sobre los resultados de la evaluación y del proyecto;
- descripción de cualquier aspecto innovador del trabajo;
- declaración de las limitaciones/obstáculos que afectan las actividades locales y el éxito de las intervenciones.

Las actividades realizadas como parte de este trabajo no deben considerarse como globales, sino que su objetivo es identificar los estudios y las investigaciones primordiales sobre las intervenciones de prevención del VIH más allá de la diseminación de información. Así pues, este trabajo proporciona una serie de ejemplos de intervención para la prevención del VIH y destaca algunas de las cuestiones clave que hay que tener en cuenta al diseñar, ejecutar y evaluar los programas sobre el VIH.

## ¿ QUÉ FUNCIONA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH ?

Durante los dos últimos decenios se ha aprendido mucho respecto a las intervenciones eficaces en la prevención del VIH. Cuando se informó sobre los primeros casos de SIDA a principios de los años ochenta, las personas y grupos actuaban para alertar a la gente sobre esta nueva y peligrosa enfermedad y sobre las posibles medidas para protegerse de ella. Incluso antes de que se consiguiera aislar el VIH ya se habían desarrollado unas orientaciones sobre las relaciones sexuales y el consumo de drogas más seguros. Esas orientaciones se basaban en pruebas epidemiológicas sobre los modelos de transmisión. No obstante, se ha

demostrado que proporcionar a la gente información sobre cómo protegerse contra la infección es insuficiente. Las personas necesitan entornos que les permitan reducir su susceptibilidad y su vulnerabilidad, a la vez que modificar su comportamiento basándose en unos conocimientos obtenidos a través de la información proporcionada.

### ***Nivel nacional***

Se ha puesto de manifiesto que para que cualquier programa tenga éxito en el ámbito nacional es esencial el compromiso político en todos los niveles. Las intervenciones a múltiples niveles que procuran la participación de diversos asociados en una acción coordinada han demostrado tener un mayor éxito que las que se realizan de forma aislada (ONUSIDA, 1998a, 1998b, 1998c, 1999). Además, es necesario hacer esfuerzos políticos, sociales y económicos coordinados para reducir la vulnerabilidad de la sociedad, junto con programas e intervenciones que funcionen a nivel individual y de la comunidad (ONUSIDA, 1998d).

La experiencia a escala mundial ha demostrado que los siguientes elementos figuran entre los más importantes para que los esfuerzos nacionales de prevención del VIH resulten eficaces:

- *actividades generales de fomento de la sensibilización* para proporcionar información y contrarrestar las reacciones negativas entre la población general;
- *acción persuasiva orientada* a satisfacer las necesidades de los grupos y comunidades especialmente vulnerables, con una ampliación constante de la cobertura;
- *asociaciones multisectoriales y a múltiples niveles* para ejecutar programas y dispensar servicios en distintos contextos;
- *implicación de la comunidad* en el desarrollo de programas e intervenciones, y tomar como fundamento la voluntad de los grupos y personas para contribuir a los esfuerzos nacionales de prevención del VIH;
- *mayor integración entre la prevención y la atención* para reducir los costos y los niveles de discriminación y estigmatización, y
- *acción para forjar la resistencia de la sociedad* a la transmisión del VIH y reducir la vulnerabilidad sistemática de personas, grupos y sectores concretos de la sociedad.

(Piot y Aggleton, 1998)

### ***Nivel de la comunidad***

Como resultado de una reciente revisión de proyectos y actividades satisfactorios basados en la comunidad (ONUSIDA, 1999), se ha identificado un nuevo conjunto de principios que indican algunos de los factores que es necesario tener en cuenta para que las actividades de prevención basadas en la comunidad resulten eficaces. Esos principios incluyen:

- *involucrar a la comunidad* a través de organizaciones, grupos y estructuras de educación y apoyo ya existentes;
- *establecer asociaciones* e instaurar la confianza a través de la comunicación, la creación de redes y la colaboración;
- *incluir a personas con el VIH y con SIDA* en todas las etapas del proceso para aumentar la visibilidad y sacar provecho de sus experiencias y conocimientos prácticos, y
- *crear un entorno comunitario de aceptación* en el que se reconozca que el VIH y el SIDA son un problema que incumbe a todos.



Además de esos principios, los enfoques basados en la comunidad tienen que asegurarse de que los recursos se orientan a aumentar la capacidad de la comunidad, para asegurar su sostenibilidad.

### ***Nivel de programa/proyecto***

A nivel del programa/proyecto, los siguientes factores resultan fundamentales para el éxito del programa cuando se instrumentalizan de forma adecuada:

- proporcionar *información* de forma culturalmente apropiada sobre cómo se transmite y no se transmite el VIH;
- incluir *actividades* que animen a la gente (las personas y las comunidades) a evaluar los riesgos a los que se enfrentan personalmente;
- facilitar *formación* en materia de aptitudes para la comunicación y (cuando sea posible) para la negociación sexual;
- proporcionar un mayor *acceso* a recursos como los preservativos y servicios de salud apropiados y financieramente accesibles, incluidos los de detección precoz y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- la *participación* de los grupos beneficiarios en todas las etapas del diseño, ejecución y evaluación, y
- la *vigilancia* de los programas/proyectos en todas las etapas de desarrollo y ejecución.

### ***Nivel de grupo***

Los enfoques de prevención tienen que ajustarse a las necesidades de cada grupo concreto.

Cuando se trabaja con **jóvenes**, por ejemplo, es importante:

- tener en cuenta la *diversidad* de los jóvenes y de sus necesidades;
- fomentar la *participación de los jóvenes* en el diseño y ejecución del proyecto;
- trabajar en un clima *de espíritu dialogante* que reconozca y respete las realidades a las que se enfrentan los jóvenes;
- centrarse en la *salud sexual de los varones jóvenes*, así como en cuestiones de salud sexual relacionadas con las *mujeres jóvenes*;
- examinar los aspectos *positivos* de la salud sexual;
- fomentar una mayor sensibilización respecto a los *derechos sexuales y reproductivos*;
- proporcionar oportunidades para abordar cuestiones de *género*, nivel social y sexualidad;
- emprender un trabajo con los *varones jóvenes* que les ayude a pensar en su papel en relación con su propia salud sexual y la de sus parejas;
- fomentar una mayor sensibilización respecto a las *cuestiones estructurales* que afectan a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, incluida la necesidad de aumentar los derechos y la protección de la gente joven;
- aumentar el acceso a la *educación* básica y a una educación oportuna relacionada con el sexo y el VIH;
- facilitar el acceso a los servicios de *asesoramiento y pruebas voluntarias*, así como a las referencias apropiadas, y
- aumentar el acceso a *servicios de salud acogedores para los jóvenes*.

Cuando se trabaja con **mujeres**, es importante:

- utilizar un *enfoque multifacético* que tenga en cuenta las necesidades económicas y de otro tipo que pueden ser más prioritarias que el VIH/SIDA en la vida cotidiana de las mujeres que viven en la pobreza en los países en desarrollo;
- centrarse en *mejorar la comunicación con la pareja sexual* teniendo en cuenta las dificultades con las que se encuentran las mujeres al hablar y negociar con los varones sobre las relaciones sexuales;
- aumentar la sensibilización respecto a la importancia de *incluir a varones* en la labor de prevención del VIH en los varones, las mujeres y los niños;
- abordar la necesidad de mejorar *los servicios de salud* para las mujeres;
- reconocer la importancia de un *enfoque basado en el género* en la labor de prevención del VIH, que incluye debates sobre las relaciones de poder entre varones y mujeres;
- facilitar el acceso a los *servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias*, así como a las referencias apropiadas, y
- reconocer el *apoyo* que las mujeres pueden proporcionarse entre sí a través de los debates abiertos y de la creación de redes.

Cuando se trabaja con **personas que se inyectan drogas**, es importante:

- centrarse en la *reducción del daño* y en la *rehabilitación*;
- *fomentar* la protección de los derechos de quienes se inyectan drogas;
- adoptar un *enfoque multifacético* que incluya el intercambio de agujas y jeringas y la dispensación de tratamiento farmacológico, incluidos la desintoxicación, la farmacoterapia de sustitución, la atención del VIH/SIDA y las intervenciones de redes sociales;
- facilitar *centros de encuentro y asesoramiento informales*, servicios móviles y actividades de divulgación;
- trabajar para mejorar *la salud sexual* y las prácticas sexuales de las personas que se inyectan drogas;
- emprender actividades de prevención del VIH cuando *la seroprevalencia es todavía baja*;
- fomentar la *confianza* entre las personas que se inyectan drogas y los agentes de salud a través de actividades de divulgación;
- proporcionar un buen acceso al *material de inyección estéril* y a los preservativos;
- facilitar el acceso a los *servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias*, así como a las referencias apropiadas, y
- establecer niveles elevados de *conocimientos* sobre la infección por el VIH y sobre los modos de transmisión entre las personas que se inyectan drogas.

Cuando se trabaja con **varones que tienen relaciones sexuales con otros varones**, es importante:

- *reconocer que los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones (VSV) en los países en desarrollo* tienen unas preocupaciones más amplias, incluidas algunas cuestiones como el acoso, la pobreza y las responsabilidades frente a los miembros de su familia;
- reconocer la importancia de *sensibilizar al público* respecto a cuestiones relacionadas con los VSV, contrarrestar los prejuicios y la discriminación, y fomentar los derechos humanos;
- proporcionar *formación para los profesionales* que trabajen con VSV, incluidos los agentes de salud, los maestros y los funcionarios de establecimientos penitenciarios;
- *abordar la homofobia*, incluida la homofobia internalizada;

- ayudar a los VSV a crear *redes de apoyo*;
- facilitar el acceso a los *servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias*, así como a las referencias apropiadas, y
- reconocer la *diversidad* de los VSV en los países en desarrollo y desarrollados.

Cuando se trabaja con **profesionales del sexo**, es importante:

- reconocer que los profesionales del sexo tienen *unas preocupaciones más amplias* y otras prioridades, que incluyen cuestiones sociales, jurídicas y económicas, así como la preocupación por sus familias e hijos;
- abordar *el prejuicio* y la estigmatización a los que se enfrentan los profesionales del sexo;
- reconocer la importancia de ayudar a los profesionales del sexo a conseguir poder de decisión;
- proporcionar unos *servicios de salud* mejores y más accesibles, especialmente para el diagnóstico y tratamiento de las ETS;
- tratar de obtener la cooperación y el *apoyo de los que controlan* la industria del sexo, incluidos los propietarios de prostíbulos y bares, así como de los empleadores de los clientes potenciales de los profesionales del sexo;
- legitimizar el papel de los *profesionales del sexo como educadores*, proporcionándoles el respeto de sus pares;
- reconocer la importancia de proporcionar a los profesionales del sexo incentivos económicos para *la labor dirigida por pares*;
- trabajar, donde sea posible, con los varones y también con las mujeres *centrándose en sus clientes* y, en algunos casos, en *sus compañeros sexuales*. Esto es importante dadas las relaciones de poder que prevalecen entre varones y mujeres y entre clientes y profesionales del sexo.

## **FUENTES DE DATOS**

Disponemos de diversas formas de obtener conocimientos sobre los métodos de prevención del VIH y sobre sus efectos. Todos ellos dependen en cierta medida de la observación y la recopilación de información, pero se diferencian entre sí por el rigor aplicado a la reunión de datos e información y al sentido que se les da. Los tipos de observaciones relativamente casuales que contribuyen a las intuiciones y a las reacciones viscerales son diferentes de los enfoques más sistemáticos utilizados en estudios de observación y en evaluaciones basadas en objetivos, los cuales a su vez difieren de los enfoques utilizados con frecuencia en evaluaciones comparativas y experimentales realizadas más formalmente.

Es de vital importancia tener en cuenta los puntos fuertes y las limitaciones de los diferentes tipos de enfoques (y de los diferentes tipos de datos) a la hora de emitir juicios sobre lo que funciona y lo que podría demostrar ser un enfoque prometedor en la prevención del VIH. Por sí solo, ningún enfoque puede responder a todas las preguntas que podemos tener sobre lo que resulta apropiado y eficaz. En su conjunto, diferentes tipos de datos y diferentes tipos de metodologías pueden ayudarnos a identificar los enfoques más útiles que se pueden adoptar en circunstancias concretas y con grupos particulares.

En las siguientes secciones se presentan ejemplos de estudios de caso de intervenciones realizadas para prevenir el VIH/SIDA en los grupos más vulnerables mencionados anteriormente. También se describen prometedoras intervenciones de prevención del VIH orientadas a abordar las necesidades específicas de esos grupos.

## ¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS JÓVENES ?

Aproximadamente la mitad del total de personas que contraen el VIH se infectan antes de cumplir los 25 años de edad. Por ello, es de vital importancia trabajar para ayudar a los jóvenes a proteger su salud sexual. No obstante, ha habido bastante incertidumbre respecto al modo de enfocar la prevención del VIH y del SIDA con los jóvenes. Por ejemplo, sigue existiendo la preocupación generalizada de que “demasiada” educación sexual empujará a los jóvenes a ser sexualmente activos de forma prematura. Como consecuencia, muchos programas de educación sexual se han centrado únicamente en la abstinencia. Diversos estudios han puesto de manifiesto, no obstante, que los programas de educación sexual bien diseñados, que combinan mensajes sobre las relaciones sexuales más seguras y sobre la abstinencia, pueden retrasar el inicio de la actividad sexual y a la vez aumentar los comportamientos preventivos entre los jóvenes que ya son sexualmente activos (Grunseit, 1997). Cuando han podido acceder a unos conocimientos teóricos y prácticos y a unos medios apropiados, los jóvenes han demostrado tener una inclinación considerable a adoptar un comportamiento más seguro.

Las experiencias de los jóvenes varían de acuerdo con el contexto social y cultural en que viven, su sexo, su posición socioeconómica y su sexualidad. Para tener éxito, los programas de prevención del VIH tienen que abandonar las imágenes estereotipadas de los jóvenes, tener claramente en cuenta su diversidad y a la vez reconocer que todos los jóvenes necesitan una información precisa. No obstante, es importante tener en cuenta que los jóvenes, especialmente las muchachas en los países en desarrollo, no siempre tienen la libertad necesaria para tomar sus propias decisiones sobre el comportamiento sexual. Es posible, por ejemplo, que sean vulnerables a tener relaciones sexuales forzadas o por coacción, y también pueden vender o intercambiar relaciones sexuales para asegurarse la supervivencia económica, o para conseguir la protección de los adultos. Es frecuente que en los países en desarrollo los jóvenes tengan necesidades inmediatas de vivienda, alimentos y ropa que son prioritarias a la amenaza de una enfermedad que puede o no acabar con su vida en el futuro (Swart-Kruger y Richter, 1997).

Es importante que los programas tengan en cuenta estas limitaciones, obstáculos y problemas estructurales a los que se enfrentan los jóvenes para su supervivencia diaria. Además, es especialmente necesario que se inicie un diálogo con los responsables de formular las políticas para conseguir que se protejan los derechos de los jóvenes y para que los gobiernos y las organizaciones internacionales colaboren para satisfacer las necesidades específicas de los jóvenes en circunstancias de especial vulnerabilidad. También es importante recordar que, si bien los jóvenes pueden tener un riesgo especial de contraer la infección por el VIH, también representan una oportunidad para detener la epidemia, dado que es posible que sus hábitos sexuales y de otro tipo todavía no estén firmemente establecidos.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 1

**Entorno:** Universidad

**País:** Kenya

**Intervención:** Educación dirigida por pares

**Institución/organización patrocinadora:** Family Planning Private Sector (una ONG)

La ONG **keniana** Family Planning Private Sector (FPPS) emprendió un proyecto de educación inter pares sobre salud sexual y reproductiva en colaboración con el personal y los estudiantes de nueve instituciones de educación superior. Los representantes de los estudiantes y los decanos de todas esas instituciones se reunieron para desarrollar las líneas generales de un plan de estudios. Como resultado, los líderes estudiantiles establecieron "Clubes de sensibilización sobre el SIDA" que se convirtieron en los principales órganos de coordinación de las actividades. Los educadores inter pares organizaron diversas actividades, incluidas la distribución de preservativos y la publicación de boletines de noticias. La evaluación cualitativa llevada a cabo en cinco de las instituciones por FPPS y Family Health International junto con un consultor externo durante los meses de marzo y abril de 1997 reveló que a través del programa se estableció contacto con aproximadamente 19 000 estudiantes, y que el proyecto aumentó de forma importante el acceso de los estudiantes a los servicios y a la información. Uno de los aspectos más innovadores del trabajo fue la forma en que el equipo del proyecto aseguró el apoyo de la administración universitaria. Además, el éxito de la iniciativa se debió en gran parte al hecho de que los propios jóvenes participaron en todos los aspectos del diseño y ejecución del proyecto.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 2

<b>Entorno:</b>	Comunidad: jóvenes no escolarizados
<b>País:</b>	Perú
<b>Intervención:</b>	Sensibilización, divulgación de información y capacitación de los jóvenes para tomar decisiones
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	Instituto de Estudios de la Población, Universidad Cayetano Heredia

Durante 1995-1997, el Instituto de Estudios de la Población de la Universidad Cayetano Heredia (**Perú**) diseñó, ejecutó y evaluó un programa basado en la comunidad sobre los jóvenes y su salud sexual y reproductiva en dos barrios del Perú. El personal del programa tenía como objetivo inicial movilizar los recursos de la comunidad para mejorar la calidad y la divulgación de información sobre las cuestiones relacionadas con el programa. En segundo lugar, trataba de impulsar modelos más democráticos de fomento de la salud sexual que respeten los derechos de los jóvenes. En tercer lugar, pretendía capacitar a los jóvenes para que identificaran y buscaran soluciones para sus propios problemas de salud sexual y reproductiva. Además, el proyecto procuraba motivar a los ayuntamientos locales, los sectores de la educación y la salud, los grupos y organizaciones juveniles de base comunitaria para que destinasen más recursos a los servicios de salud sexual y reproductiva para los jóvenes.

En una fase preparatoria se obtuvo información sobre las percepciones y necesidades de los jóvenes de la zona. Se hizo una encuesta a una muestra representativa de 800 jóvenes, además de organizarse grupos de debate orientado, entrevistas con miembros destacados de la comunidad y una evaluación rápida de los servicios de salud de la zona. Se estableció un comité de asesoramiento que incluía a representantes de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias y juveniles. Posteriormente se diseñaron y ejecutaron programas de formación para los agentes de salud, los maestros y los promotores jóvenes e inter pares en las escuelas. Además, se recopiló un directorio de servicios de referencia orientados a la salud de los jóvenes. El principal resultado del programa fue el diseño y ejecución de una campaña para mejorar la salud sexual entre los jóvenes.

Las actividades de evaluación cualitativa y cuantitativa incluían la recopilación de datos a través de registros de actividad, entrevistas individualizadas y de grupo con miembros destacados de la comunidad, y encuestas y observaciones posteriores a los talleres sobre salud sexual y reproductiva para evaluar su impacto educativo. Además, se reunieron datos sobre el funcionamiento de la red de servicios de salud y del sistema de referencias. Los jóvenes evaluaron positivamente los talleres educativos porque invitaban a participar, eran interesantes y se centraban en sus propios problemas y perspectivas. Los jóvenes estuvieron auténticamente comprometidos con la estrategia del programa, como queda demostrado por su nivel de implicación voluntaria como promotores inter pares. Aumentó significativamente el nivel de participación en el proyecto -y su apoyo- por parte de personas clave en las diversas redes colaboradoras. La evaluación concluyó que la estrategia del proyecto tiene un gran potencial de impacto sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y grandes posibilidades de enraizamiento en la comunidad.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 3

**Entorno:** Medios de comunicación

**País:** República Dominicana

**Intervención:** Campaña de comunicación a través de la radio, la prensa y la televisión

**Institución/organización patrocinadora:** Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA de la República Dominicana, en colaboración con 20 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales

Durante 1994-1997, el Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA de la **República Dominicana** desarrolló una campaña de prevención en los medios de comunicación orientada a los jóvenes en colaboración con 20 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Antes de lanzar la campaña se realizó un estudio detallado, incluida una encuesta de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP), para establecer el perfil de los jóvenes destinatarios de la intervención. A continuación se prepararon mensajes apropiados sobre el VIH/SIDA que luego se difundieron a través de la radio, la televisión y la prensa en tres fases. La primera fase tenía como finalidad sensibilizar al público. La segunda se proponía asegurar la coherencia en los mensajes de diferentes fuentes, e incluía la producción de un manual para maestros y para quienes trabajan con jóvenes. La tercera fase se centraba en conseguir que los jóvenes fueran conscientes de cómo se pueden proteger contra la infección por el VIH y en proporcionarles información sobre dónde pueden encontrar servicios y apoyo.

Una evaluación realizada en 1996, que incluía grupos de debate orientados para jóvenes, reveló que se había percibido el mensaje como bien orientado, creativo e imaginativo. Los jóvenes reconocían que los mensajes habían fomentado el debate y les habían ayudado a reflexionar sobre su comportamiento. No obstante, también afirmaron que era necesario seguir trabajando para fomentar una mejor comunicación entre padres e hijos. Recientemente se ha reproducido el enfoque global en Guatemala, y otros países de la región también están examinando la forma de adaptar el método para su propio uso.



## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 4

**Entorno:** Comunidad: jóvenes explotados sexualmente

**País:** Nepal

**Intervención:** “Campamentos” o refugios

**Institución/organización patrocinadora:** Proyecto Maiti

En **Nepal**, el Proyecto Maiti está orientado a los jóvenes objeto de abuso y explotación sexuales, incluidas las mujeres jóvenes que corren el riesgo de ser vendidas para prostitución en la India. El proyecto ha llevado a cabo diversas actividades cuyo objetivo es el establecimiento de campamentos en zonas de alto riesgo. Cada uno de esos campamentos funciona como refugio para aproximadamente 30 muchachas que han sido rescatadas de los traficantes o corren el riesgo de ser vendidas. En los campamentos se les proporciona educación y formación profesional, así como apoyo y asesoramiento. El proyecto ha trabajado estrechamente con colegas, grupos de presión local, líderes de las aldeas, funcionarios médicos, abogados y policías. La evaluación indica que el Proyecto Maiti ha impedido que aproximadamente 180 muchachas fueran vendidas cada año a los prostíbulos de la India. Además, como resultado de los esfuerzos del proyecto para sacar a la luz a los traficantes de niños, se ha conseguido encarcelar a 105 personas. Sólo en 1997 fueron repatriadas desde la India 60 muchachas, y el 75% de ellas se reunió posteriormente con su familia. El proyecto es especialmente singular por su enfoque integrado para satisfacer las necesidades de los jóvenes, y por la forma en que tiene en cuenta las complejas circunstancias sociales y económicas de los jóvenes vulnerables.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 5

**Entorno:** Comunidad

**País:** Haití

**Intervención:** Servicios de salud y formación para jóvenes, familias y maestros

**Institución/organización patrocinadora:** Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale (FOSREF)

En **Haití**, la Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale (FOSREF) se ha esforzado por garantizar la prestación de servicios de salud reproductiva directamente diseñados para los jóvenes. Se han establecido dos grandes centros médicos específicos para los jóvenes. El proyecto también ha proporcionado apoyo técnico al personal que trabaja en otros entornos clínicos para permitirles satisfacer de forma más eficaz las necesidades de los jóvenes. Otro trabajo relacionado con el proyecto ha incluido la formación de los maestros y los padres para ampliar la red de apoyo disponible para los jóvenes. El personal del proyecto también ha desempeñado un papel especialmente importante presionando para obtener apoyo nacional con miras a crear servicios de salud reproductiva que respondan de forma adecuada a las necesidades de los jóvenes. En todas las etapas de desarrollo, gestión y ejecución del proyecto se ha fomentado la participación de los jóvenes. Además, se ha establecido un vasto programa de educación inter pares en el que los jóvenes cumplen la función de capacitadores y promotores de salud.

En 1997, el personal de FOSREF llevó a cabo una evaluación con la ayuda de un consultor externo. Para entonces el proyecto había llegado a más de 125 000 jóvenes. Más de 4 000 de ellos habían recibido formación sobre vida familiar y salud reproductiva, incluidos 300 que se especializaron en la prevención de las ETS y del VIH. Doscientas escuelas localizadas en la zona geográfica del proyecto recibieron la visita regular de los educadores jóvenes. La formación de esos educadores corrió a cargo de 18 animadores y auxiliares de animadores especialistas en trabajar con jóvenes. Más de 15 000 jóvenes acudieron de forma periódica a los centros médicos para jóvenes, en los que recibieron distintos servicios, incluido asesoramiento sobre anticonceptivos, prevención de las ETS y del VIH, asesoramiento especializado sobre el VIH/SIDA, atención prenatal y servicios de apoyo. Además de esta evaluación formal, los mismos jóvenes realizaron dos estudios para evaluar hasta qué grado eran apropiados y aceptables los servicios desde el punto de vista del grupo al que iban orientados.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 6

**Entorno:** Hogares de la comunidad

**País:** Egipto

**Intervención:** Servicio de consulta telefónica directa

**Institución/organización patrocinadora:** Ministerio de Salud y patrocinadores privados

En **Egipto** se desarrolló un servicio de consulta telefónica directa sobre el SIDA tras la experiencia de un servicio de asesoramiento por teléfono establecido a principios de los años noventa. Su objetivo era proporcionar un cauce para que la gente pudiera comentar cuestiones relacionadas con el sexo y la sexualidad en un entorno en el que los tabúes culturales prohíben comentar abiertamente esos temas en público. A pesar de una publicidad limitada, la gente empezó a llamar y se identificó una evidente necesidad de establecer el servicio. En septiembre de 1996, después de que el Ministerio de Salud asegurara un espacio para el personal y la oficina y que la Fundación Ford garantizara su financiación, se inauguró el servicio de consulta telefónica directa. Los asesores fueron elegidos por el Ministerio de Salud y realizaron un curso intensivo de formación de cuatro semanas. Los objetivos del proyecto son proporcionar información precisa sobre el VIH/SIDA al público general, incluidos los jóvenes, y servicios confidenciales y anónimos de asesoramiento sobre el VIH/SIDA.

Un equipo de asesores con formación específica responde a todas las llamadas, y quienes llaman para consultar pueden elegir si quieren hablar con un varón o con una mujer. El servicio de consulta telefónica directa se anuncia en folletos, trenes, metros, autobuses y en los periódicos de lengua árabe. Se realiza el control de las llamadas para asegurar la calidad de la información y de los servicios suministrados. La evaluación se realiza mediante la supervisión de los servicios y la reunión de datos demográficos básicos sobre las personas que utilizan el servicio. Se realizan preguntas para determinar el nivel de estudios de cada persona que llama, cómo se ha enterado de la existencia de este servicio, si está casado/a o no y desde dónde llama. Se supervisa el volumen de llamadas y se registran las estadísticas diarias sobre el número de llamadas, la distribución por sexo y el tipo de preguntas que se plantean. Entre septiembre de 1996 y mayo de 1998, se recibieron 18 628 llamadas, con una media de aproximadamente mil personas por mes. Más del 50% de los que llaman tienen entre 13 y 25 años de edad, y el 70% no están casados. La mayoría ha seguido estudios universitarios o secundarios, y menos del 20% son mujeres. Aunque el proyecto se centraba inicialmente en El Cairo y su zona metropolitana, también se reciben llamadas de zonas rurales y de otros países en los que se leen periódicos en lengua árabe.

El número de llamadas al servicio de consulta telefónica directa ha superado todas las expectativas. El anonimato que proporciona la línea telefónica parece haber proporcionado un vínculo vital con los servicios de información y asesoramiento que en otras condiciones no sería posible. A través de la consulta telefónica directa la gente puede comentar cuestiones como la sexualidad, el uso de preservativos, las relaciones sexuales prematrimoniales y la homosexualidad, temas que rara vez se tratan en foros públicos. En el momento de su funcionamiento era el único servicio gubernamental de consulta telefónica directa sobre el VIH/SIDA en todo Oriente Medio.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 7

**Entorno:** Escuelas

**País:** Viet Nam

**Intervención:** Prevención de las ETS y el VIH/SIDA basada en conocimientos prácticos

**Institución/organización patrocinadora:** UNICEF y Ministerio de Educación y Formación de Viet Nam

En 1997 se inició en **Viet Nam** un proyecto de prevención del VIH/SIDA basado en conocimientos prácticos, impulsado por el Ministerio de Educación y Formación de Viet Nam con el apoyo del UNICEF. El objetivo principal del proyecto era trabajar con las escuelas para proporcionar a los jóvenes la información y los conocimientos prácticos necesarios para fomentar un comportamiento sano y evitar las situaciones de riesgo, especialmente las relacionadas con el VIH/SIDA. El punto central de atención fueron los conocimientos, actitudes, valores y comportamientos de los estudiantes. Un objetivo secundario previsto era conseguir un impacto similar en el personal docente.

El proyecto proporcionaba a los maestros formación en educación sanitaria basada en conocimientos prácticos para prevenir el VIH/SIDA y otras ETS, y les prestaba apoyo para llevar a la práctica el nuevo enfoque en las aulas. Se desarrollaron lecciones basadas en conocimientos prácticos relacionadas con el VIH, el SIDA y las ETS para los cursos 1º a 12º, y se integraron las lecciones en el programa de estudios ya existente. Quienes habían recibido formación desarrollaron nuevas guías para los maestros y fichas de trabajo para los estudiantes. En el primer año de ejecución, un total de 300 maestros pusieron en práctica aptitudes para la vida y la prevención del VIH/SIDA y unos 15 000 jóvenes estudiaron esos mismos temas. Otros 5 000 jóvenes estudiaron aptitudes para la vida y otros temas con 140 preparadores de la Cruz Roja Viet Namita que contaron con el apoyo del UNICEF.

## ESTUDIO DE CASO DE JÓVENES – 8

**Entorno:** Escuelas

**País:** Uganda

**Intervención:** Educación sanitaria en la escuela

**Institución/organización patrocinadora:** Comisión sobre el SIDA de Uganda

Un programa de educación sanitaria escolar aplicado en las escuelas primarias y cuyo objetivo era la prevención del SIDA en el distrito de Soroti (**Uganda**) puso especial énfasis en mejorar el acceso a la información y a otros recursos para tomar decisiones que lleven a un comportamiento sexual sano; la mejora de la interacción inter pares sobre la información y la adopción de decisiones relacionadas con el VIH/SIDA, la sexualidad y la salud; y una mejora de la calidad práctica del sistema de educación sanitaria escolar ya existente. Se estudió una muestra transversal de estudiantes, con una media de 14 años de edad, que estaban en el último año de educación primaria, antes y después de dos años de intervenciones. El porcentaje de escolares que afirmaban haber sido sexualmente activos descendió desde un 42,9% (123 de 287) hasta un 11,1% (31 de 280) en el grupo de intervención, mientras que no se observó ningún cambio en un grupo testigo. Los cambios siguieron siendo significativos cuando se analizaron según el sexo o el emplazamiento rural o urbano. Los estudiantes que participaron en el grupo de intervención solían hablar más frecuentemente con sus compañeros y con los maestros sobre cuestiones de índole sexual. Tras el período del estudio, esos estudiantes pasaron a sostener la abstención en las relaciones sexuales basándose más en un modelo racional de adopción de decisiones que en un modelo represivo. Un programa de educación sanitaria para la escuela primaria que pone énfasis especial en métodos de interacción social puede ser eficaz para aumentar la abstención sexual en adolescentes escolarizados en Uganda. Ese programa no tiene por qué ser costoso y puede realizarse con el personal disponible en la mayoría de los distritos de la región.

## ¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS VARONES Y MUJERES ?

Se estima que aproximadamente el 55% de todos los adultos que viven con el VIH/SIDA son mujeres, siendo la diferencia entre varones y mujeres más pronunciada en los menores de 25 años (MAP, 2000). Se sabe que las mujeres no sólo tienen una mayor susceptibilidad fisiológica a contraer la infección por el VIH (Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 1999), sino que también tienen una mayor vulnerabilidad social (Goodridge y Lamptey, 1999). Las mujeres no tienen el mismo acceso a la educación y a los recursos económicos. Cuentan con menos poder que los varones en las relaciones sociales y sexuales (Mane, Gupta y Weiss, 1994). Los estereotipos fosilizados y las diferencias existentes en los distintos papeles adjudicados a ambos sexos también implican que con frecuencia las mujeres tengan menos voz en las decisiones sobre cuándo y cómo se lleva a cabo la relación sexual, lo que incluye la decisión de usar o no usar un preservativo (Davies, Dominy, Peters *et al.*, 1996). Es más, las mujeres tienen más probabilidades que los varones de sufrir una violación y coacción sexual, y a veces se ven forzadas a tener relaciones sexuales a cambio de su supervivencia económica. Además del mayor riesgo de infectarse ellas mismas por el VIH, las mujeres también se llevan la mayor parte de la carga social de la epidemia (Goodridge y Lamptey, 1999) en lo que se refiere a ocuparse del cuidado de familiares con SIDA (Crawford, Lawless y Kippax, 1997). Las mujeres con la infección por el VIH también experimentan la culpabilización y el estigma social con más frecuencia que los varones que se encuentran en la misma situación.

Gallois, Statham y Smith (1992) han expuesto que las mujeres no constituyen un “grupo de riesgo” de contraer la infección por el VIH en el sentido usual del término porque no suelen infectarse mutuamente, sino que contraen el VIH principalmente a través de sus relaciones con varones. Las investigaciones realizadas en diversos contextos muestran que las actitudes de las mujeres respecto al sexo y al comportamiento sexual son bastante diferentes de las de los varones. Las mujeres afirman preferir las relaciones sexuales basadas en la fidelidad mutua, la intimidad y la comunicación dialogante (Long y Ankrah, 1996). Tienen menos parejas sexuales que los varones y el número de mujeres que afirman tener una única pareja sexual en toda su vida es muchísimo mayor que el de varones (Giffin, 1998). Cuando las mujeres expresan el deseo de tener una relación sexual más segura, los varones a menudo se muestran reticentes. Por lo tanto, quizá no sea sorprendente que el mayor riesgo de contraer el VIH para las mujeres sea su esposo o su pareja sexual habitual (Goodridge y Lamptey, 1999). Por otro lado, las ideologías de masculinidad dominantes fomentan la exhibición de proezas sexuales y animan a los varones a tener múltiples parejas (Rivers y Aggleton, 1999).

Muchos de los programas de prevención del VIH existentes no consiguen tener en cuenta de forma adecuada la vulnerabilidad social de las mujeres o las diferentes relaciones de poder que hacen más difícil que la mujer pueda influir en la adopción de decisiones sobre sus relaciones sexuales. Los elementos clave de muchos programas, como son la reducción del número de parejas, el uso de preservativos y el tratamiento de las ETS, no son necesariamente apropiados para las mujeres, porque éstas no tienen múltiples parejas, no siempre pueden influir en la decisión de usar preservativos y es posible que no presenten síntomas de ETS (Goodridge y Lamptey, 1999). De hecho, la comunicación oral honesta y abierta es uno de los aspectos más difíciles de las relaciones heterosexuales (Rivers *et al.*, 1998).

Cada día se reconoce más que las ideologías dominantes sobre la masculinidad y la feminidad facilitan la transmisión del VIH. También está bastante aceptado el hecho de que la promoción de unos papeles sexuales más igualitarios es la clave para prevenir la infección. Por lo tanto, resulta especialmente importante no sólo trabajar para cambiar los papeles estereotipados de sexo, sino también enderezar algunas de las flagrantes desigualdades estructurales que existen entre varones y mujeres, incluida la distribución desigual de recursos económicos y la diferencia en el acceso a la educación y a la atención sanitaria. No obstante, las mujeres por sí solas no pueden lograr esa capacidad de decisión, sino que es necesario el apoyo de los varones para lograrlo (Gupta, Weiss y Mane, 1996).

## ESTUDIO DE CASO EN LA POBLACIÓN GENERAL – 1

<b>Entorno:</b>	Comunidad: vendedoras ambulantes
<b>País:</b>	Namibia
<b>Intervención:</b>	Educación para la prevención
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	Asociación de Vendedoras Ambulantes Okatumbatumba (una organización basada en la comunidad)

La Asociación de Vendedoras Ambulantes Okatumbatumba se estableció en 1989 en **Namibia** para apoyar a las vendedoras ambulantes en su trabajo. Inicialmente se organizaron cursos de alfabetización y de inglés, junto con cursos de formación para una negociación eficaz con establecimientos comerciales, dado que ésas fueron las necesidades que expresaron las mujeres de la asociación. Más recientemente se ha ampliado el trabajo para incluir el VIH/SIDA, problema sobre el cual las mismas vendedoras ambulantes habían expresado su preocupación. En octubre de 1994 se diseñó un programa de capacitación que se impartió a 16 vendedoras ambulantes para explicar la prevención del VIH. El objetivo general del programa era aumentar la sensibilización respecto al VIH/SIDA y el uso de preservativos en la comunidad de Windhoek y en las regiones vecinas. Como principal herramienta se utilizó una técnica interactiva y visual de relatar cuentos, de forma que se consiguió que personas de todos los niveles de alfabetización pudieran participar en el programa.

Se llevaron a cabo actividades de prevención en las tiendas *cuca* (bares informales/sin permisos legales), en los mercadillos, en las iglesias, en los comercios locales y en los organismos gubernamentales. Los preservativos y los folletos informativos fueron distribuidos a través de esos puntos y sus propietarios se convirtieron en fuentes informales de información/apoyo en sus comunidades. Posteriormente, diversas vendedoras ambulantes de Windhoek que habían recibido formación especial viajaron a otras regiones donde impartieron formación a otras vendedoras para que éstas a su vez proporcionasen educación para la prevención del VIH en las lenguas locales. Posteriormente se estableció un programa de capacitación de formadoras en 7 de las 13 regiones administrativas de Namibia. Este programa permitió a la Asociación de Vendedoras Ambulantes abordar las preocupaciones de las vendedoras de otras regiones y ampliar su formación comercial, la compra al mayor y los planes de crédito y ahorro para satisfacer las necesidades de las vendedoras con las que se entró en contacto a través de la campaña de sensibilización sobre el SIDA.

En total, se estima que 11 000 personas participaron en sesiones educativas. Las visitas de seguimiento han revelado una enorme demanda de más formación por parte de las comunidades locales. Además, los líderes religiosos respondieron muy bien a la iniciativa y expresaron su deseo de ampliar su participación para prestar apoyo a personas que viven con el VIH/SIDA. La evaluación ha revelado que la población sabe más sobre el VIH y es más consciente de la necesidad de cambiar los comportamientos sexuales. Los grupos visitados durante la evaluación explicaban cómo habían comunicado a sus hijos y familiares la información que habían recibido. Una y otra vez se constató la eficacia de la interacción cara a cara. La dirección regional del Ministerio de Salud ha realizado además una evaluación externa del trabajo, mediante observaciones de la intervención sobre el terreno. Esta evaluación externa ha revelado un grado elevado de eficacia constatada por lo que se refiere a la comunicación de información precisa, a la credibilidad y a la aceptación por la comunidad.

El aspecto más innovador de este proyecto ha sido aprovechar el vasto contacto interactivo y social que las vendedoras ambulantes tienen cada día con sus clientes. El éxito del proceso como iniciativa basada en la comunidad es significativo e ilustra de forma bastante clara cómo los programas de diseño simple pueden tener éxito cuando se utilizan estrategias apropiadas y cauces aceptados y establecidos.

## ESTUDIO DE CASO EN LA POBLACIÓN GENERAL – 2

- Entorno:** Asociaciones de planificación familiar
- País:** Jamaica, Honduras, Brasil
- Intervención:** Prestación de servicios de salud y educación integral para la prevención
- Institución/organización patrocinadora:** Federación Internacional de Planificación de la Familia /Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR)

En 1992, la Federación Internacional de Planificación de la Familia / Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR) desarrolló un proyecto piloto para integrar la prevención contra el VIH/SIDA en los programas y servicios de las asociaciones de planificación familiar (APF) en **Jamaica, Honduras** y el **Brasil**. El resultado ha sido que se ha desplazado el énfasis de la prestación de servicios de anticoncepción hacia un enfoque más global que fomenta la salud reproductiva además de la sexual. No obstante, el objetivo del programa ha sido no sólo “añadir” el VIH/SIDA como un componente más, sino mejorar la calidad global de los servicios cambiando la forma en que se proporcionan y realizando modificaciones en la interacción entre los clientes de esos servicios y quienes los proporcionan.

Inicialmente se entrevistó al personal y a los clientes, y se realizaron observaciones en sesiones de asesoramiento. Como resultado, el personal recibió formación en información básica sobre el VIH/SIDA y sobre salud sexual, sobre conocimientos prácticos de asesoramiento y comunicación, sobre cuestiones relacionadas con el género y el poder, y sobre cómo desarrollar técnicas para enseñar a los clientes a negociar de forma más eficaz con sus parejas sexuales. También se proporcionó preparación específica según las necesidades profesionales; por ejemplo, atención de las ETS para médicos, y técnicas de dinámica de grupo para el personal que trabajaba con grupos. Después, cada APF adoptó políticas y prácticas para apoyar los cambios necesarios en la prestación de los servicios.

La evaluación reveló que el trabajo con los clientes se había ampliado desde la ayuda inicial para la anticoncepción hasta una discusión más detallada de los comportamientos de riesgo, las relaciones sexuales y el poder dentro de las relaciones. El personal encargado de proporcionar los servicios cambió su forma de explicar los métodos de planificación familiar y ahora abordaban cada uno de ellos en relación con el VIH/SIDA. Mientras que antes de la intervención el personal de las tres APF manifestó su reticencia a los preservativos, posteriormente no sólo expuso el papel de éstos en la prevención de enfermedades, sino que desarrolló formas innovadoras de fomentar su capacidad de aumentar el placer sexual y eliminar los prejuicios asociados a su uso.

Además, si bien antes el trabajo se había centrado en la mecánica biológica para evitar embarazos, luego el personal examinó una amplia gama de cuestiones sexuales que anteriormente se consideraban temas tabú. En respuesta a este nuevo enfoque, los clientes empezaron a discutir con el personal de las APF temas que antes habían sido muy delicados, como la homosexualidad, las relaciones sexuales anales u orales, las relaciones extramatrimoniales, la impotencia, la eyaculación precoz, el abuso sexual y la violencia doméstica.



## ESTUDIO DE CASO EN LA POBLACIÓN GENERAL – 3

**Entorno:** Comunidad

**País:** Zambia

**Intervención:** Servicios de apoyo y asesoramiento

**Institución/organización patrocinadora:** Sociedad para las Mujeres y el SIDA en Zambia (una ONG)

Creada en 1989, la Sociedad para las Mujeres y el SIDA en **Zambia** (SWAAZ) representa un intento de responder a los múltiples problemas a los que se enfrenta una sociedad con una elevada prevalencia e incidencia del VIH/SIDA. El objetivo general de esta iniciativa es fortalecer la capacidad de las mujeres, familias y comunidades para responder al VIH/SIDA en Zambia. En Lusaka, SWAAZ es más conocida por el establecimiento de cuatro hogares de apoyo a la familia en comunidades de pocos recursos que proporcionan una amplia gama de servicios a las mujeres, los jóvenes, los huérfanos, las viudas y las personas que viven con el VIH/SIDA. Las actividades varían en cada hogar, pero incluyen programas preescolares y de alimentación para huérfanos, clubes de mujeres y jóvenes, proyectos para generar pequeños ingresos (cocer pan y pasteles, tejer, coser, trabajos de jardinería y carpintería) y programas de prevención del VIH en la comunidad.

A finales de 1997 se realizó una evaluación del impacto de las actividades de SWAAZ en Lusaka. El equipo de revisión visitó los cuatro hogares de apoyo a la familia en los municipios de Bauleni, Chawama, Mtendere y Mandevu. En Bauleni, la prestación de atención preescolar y el programa para alimentar a huérfanos tuvieron un impacto muy positivo y proporcionaron servicios a niños que de otra forma no habrían tenido acceso a ellos. Todavía no se habían puesto en marcha otras actividades, como los proyectos generadores de ingresos. En Chawama, la prestación de atención a niños no escolarizados permitió que los huérfanos tuvieran la posibilidad de recibir educación preescolar. Un equipo de prevención de la comunidad utilizó el asesoramiento como método para controlar y prevenir el VIH/SIDA en la comunidad. No obstante, la revisión reveló que el hogar de apoyo a la familia de Chawama no era económicamente sostenible, ya que dependía por completo de fondos externos. En Mtendere, el proyecto preescolar tuvo un gran éxito y se autofinanciaba. Además, un club de teatro juvenil había resultado eficaz no sólo para prevenir el VIH, sino también para hacer campaña contra la pobreza y para sensibilizar a la población respecto a cuestiones de salud mental. El club genera sus propios ingresos y ayuda a subvencionar las demás actividades de los hogares de apoyo. En Mandevu, el proyecto preescolar fue la actividad de más éxito y más económicamente viable de todas.

SWAAZ es respetada por la naturaleza innovadora y multifacética de sus intervenciones, ya que aborda una amplia gama de necesidades económicas y sociales en las comunidades afectadas por el VIH/SIDA. Mediante una estrecha colaboración con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, SWAAZ ha conseguido perseverar en su trabajo en momentos en los que no habría sido posible de otra forma.

## ESTUDIO DE CASO EN LA POBLACIÓN GENERAL – 4

**Entorno:** Diversas organizaciones

**País:** Uganda

**Intervención:** Educación y formación participativas

**Institución/organización patrocinadora:** ActionAID

El proyecto Stepping Stones (SS) fue diseñado para fomentar la educación y la formación participativas en todo el mundo. Los materiales de SS se prepararon inicialmente para utilizarlos en África subsahariana, pero posteriormente han sido adaptados y aplicados en muchas otras partes del mundo. Si bien se centran en las necesidades y en la especial vulnerabilidad de las mujeres, los talleres de SS también incluyen a los varones. Su objetivo es ayudar a las mujeres y a los varones a explorar sus necesidades, analizar sus problemas de salud sexual y examinar y practicar diferentes formas de comportamientos en las relaciones. Este enfoque es altamente participativo y utiliza métodos que no requieren saber leer ni escribir. Las sesiones de talleres se describen de forma detallada en un manual que acompaña a las directrices de formación. En las sesiones se guía a los participantes generando confianza en el grupo, examinando cuestiones relacionadas con el VIH y el sexo más seguro, analizando los patrones de comportamientos, mejorando la capacidad comunicativa y definiendo las formas de cambiar. Se utilizan los juegos de rol, el teatro y el dibujo, así como otros métodos interactivos.

En 1997, el proyecto completó una encuesta de las personas que habían seguido el programa de formación, con resultados positivos. En 1998, se realizó una revisión más en profundidad con cuatro organizaciones y dos comunidades de **Uganda** en las que se había puesto en práctica el enfoque de SS. Un equipo de estudio compuesto por representantes de ONG locales e internacionales, de los ministerios de salud y educación y por miembros de las aldeas de Kabanga y Nabirumba en las que se había llevado a cabo el programa trabajaron conjuntamente para diseñar los medios de evaluación. Se realizaron reuniones participativas utilizando técnicas rápidas de valoración con los representantes de las comunidades que habían realizado el programa de formación del proyecto SS, así como con los que no habían recibido ninguna formación.

Los métodos de aprendizaje participativo fomentados por el proyecto fueron muy valorados, igual que la buena animación y la idoneidad del contenido de las sesiones. En cuanto al impacto, en el grupo que siguió el programa SS se observó un aumento en el uso de preservativos, una reducción del número de parejas sexuales, una mejora de las relaciones con las parejas, los hijos y los amigos, así como una mayor capacidad para rechazar las relaciones sexuales no deseadas. Además, el proyecto tuvo un impacto positivo en otros aspectos de la vida de los participantes y se sabe que redujo la incidencia del abuso de alcohol, fomentó el compartimento del dinero en el hogar y estimuló actitudes más positivas respecto a prestar ayuda a los que están enfermos. Se utilizaron los resultados de la revisión para seguir adaptando los recursos del proyecto SS. Esos resultados se han compartido mundialmente con los que han expresado un interés por conocer modelos participativos de vigilancia y evaluación.

Los efectos positivos generados por el uso eficaz del proyecto SS van más allá de la reducción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH y abarcan la mejora de otros aspectos de la vida de las mujeres. El programa supone un desafío de la idea de que las relaciones entre ambos sexos dentro del hogar no afectan a cuestiones más amplias de desarrollo, e ilustra cómo las cuestiones personales influyen en la calidad de vida de las personas.

## ¿ QUÉ FUNCIONA CON LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS ?

Se estima que entre 6 y 10 millones de personas de todo el mundo se inyectan drogas. Se han observado tasas elevadas de infección por el VIH entre los que se inyectan drogas en países tan diversos como el Brasil, Tailandia, la India y Myanmar (Abdul-Quader *et al.*, 1999). En muchas partes del mundo en desarrollo, inyectarse drogas se ha convertido en el comportamiento de riesgo más frecuente asociado a la infección por el VIH (Abdul-Quader *et al.*, 1999), y de esta forma la infección por el VIH puede propagarse muy rápidamente. Por ejemplo, durante 1985-1987, la prevalencia del VIH entre quienes se inyectaban drogas en Bangkok era del 1%, pero a finales de 1988 esta cifra había aumentado hasta casi el 40% (Stimson, 1994).

Las personas que se inyectan drogas se arriesgan a infectarse por el VIH de dos formas principales: la primera, compartiendo jeringas y otro material de inyección, y la segunda, al igual que otras personas sexualmente activas, manteniendo relaciones sexuales sin protección con parejas infectadas. Los responsables de formular programas relacionados con el VIH orientados a personas que se inyectan drogas deben salvar diversos obstáculos, el menor de los cuales no son los prejuicios más generalizados sobre las personas que consumen drogas. Además, en muchos países el consumo de drogas está socialmente sancionado, estigmatizado y es ilegal (Stimson, 1995). No resulta sorprendente que con frecuencia se oculte el consumo de drogas en general y el consumo de drogas intravenosas en particular. Es frecuente que las personas que se inyectan drogas acaben marginadas, lo que significa que les puede resultar difícil acceder a servicios y recursos que podrían ayudarles a proteger su salud. Algunas restricciones legales pueden constituir un obstáculo para la prevención del VIH al prohibir, por ejemplo, que se facilite libremente material de inyección estéril (Abdul-Quader *et al.*, 1999).

Pruebas científicas observadas en Europa, América del Norte y Australia indican que las personas que se inyectan drogas pueden cambiar de forma considerable su comportamiento para reducir el riesgo de infección por el VIH (Stimson, 1995). Asimismo, se ha observado claramente que en los países desarrollados la participación en programas de prevención también da lugar a una reducción del comportamiento de riesgo entre personas que se inyectan drogas. No obstante, en los países en desarrollo las personas que se inyectan drogas tienen un acceso muy desigual a la información, formación y servicios apropiados (Abdul-Quader *et al.*, 1999)

## ESTUDIO DE CASO DE CONSUMIDORES DE DROGAS INTRAVENOSAS (CDI) – 1

**Entorno:** Puntos de servicios de salud y educativos ya existentes

**País:** India

**Intervención:** Asesoramiento y distribución de preservativos/desinfectante

**Institución/organización patrocinadora:** SAHAI Trust (una ONG)

En 1993, el SAHAI Trust (una organización no gubernamental dedicada a la prevención y tratamiento del consumo de drogas) estableció en Vepery y Royapuram (**India**) unos servicios de divulgación para CDI. En 1994 se realizó una evaluación exhaustiva del comportamiento de riesgo de contraer el VIH entre esas personas, y se identificó un aumento en el número de usuarios de drogas que se inyectaban opiáceos además de opioides sintéticos como la buprenorfina. La investigación puso de manifiesto que con mucha frecuencia se compartían jeringas y agujas, así como otro material necesario para la inyección, y que también se seguían prácticas sexuales de alto riesgo. Los hallazgos de esta evaluación proporcionaron la bases para diseñar el proyecto de divulgación. Un equipo formado por ex consumidores de drogas y por asistentes sociales profesionales proporcionó educación, asesoramiento y apoyo, a la vez que distribuyeron preservativos y desinfectante, para los CDI a los que no se podía acceder mediante los servicios ya existentes o a través de los canales de educación sanitaria tradicionales.

La evaluación ha supuesto la recopilación de datos de referencia correspondientes a 125 personas que se inyectan drogas y una valoración del seguimiento de 161 consumidores dieciocho meses después de iniciarse la intervención de divulgación. Se compararon los hallazgos con un grupo testigo de 87 consumidores de drogas de localidades en que no existían servicios de divulgación. La comparación en el seguimiento reveló que los participantes que se beneficiaron de las actividades de divulgación habían adoptado de forma significativa unos comportamientos de protección y de reducción del riesgo. Aproximadamente el 47% de ellos afirmaron haber compartido menos las agujas y las jeringas, en comparación con sólo el 35,5% de los miembros del grupo testigo. Casi el 30% de los consumidores provenientes de los lugares en los que se realizaron actividades de divulgación manifestó que limpiaba siempre las jeringas, en comparación con sólo el 10,3% del grupo testigo. No existía una diferencia significativa entre ambos grupos por lo que se refiere al comportamiento sexual de riesgo.

## ESTUDIO DE CASO DE CDI – 2

<b>Entorno:</b>	Comunidad
<b>País:</b>	India
<b>Intervención:</b>	Servicios de divulgación y centros de encuentro y asesoramiento informales, incluido el suministro de tratamiento de sustitución
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	SHARAN (una ONG)

SHARAN ha realizado actividades de divulgación con personas que se inyectan drogas en los barrios de tugurios de Nueva Delhi (**India**). El proyecto empezó su trabajo en 1993 como programa piloto de sustitución de drogas y, como resultado de su éxito, en 1995 recibió fondos para introducir un programa ampliado que utilizara comprimidos sublinguales de buprenorfina. Se estableció un centro de encuentro y asesoramiento informal en un barrio de tugurios (Nizammuddin) para establecer contacto con la población de consumidores de drogas de las localidades más pobres de Delhi. El objetivo a largo plazo del proyecto era reducir de forma drástica los niveles de consumo de heroína y de drogas intravenosas en Nueva Delhi. Se proponía alcanzar este objetivo proporcionando servicios de salud y para la reducción del daño accesibles a los CDI y a la vez dar información sobre el consumo de drogas y el VIH/SIDA a sus comunidades.

El establecimiento de un centro de encuentro y asesoramiento informal que proporciona atención médica y un programa de sustitución ha sido complementado con la prestación de servicios de desintoxicación periféricos y basados en la comunidad. Un programa de autoformación especializado ha aumentado la capacidad del centro para satisfacer las necesidades de las personas que se inyectan drogas. Otros objetivos adicionales del proyecto son conseguir una actuación apropiada, realizar investigaciones y producir y distribuir materiales de IEC.

Inicialmente se llevaron a cabo encuestas de base para recabar información con miras al diseño del proyecto. Se crearon algunos materiales originales para las campañas de sensibilización, como carteles y obras de teatro en la calle. Se proporcionó formación especializada al personal para que desarrollara conocimientos prácticos de asesoramiento y para aumentar sus conocimientos técnicos sobre el consumo de drogas y el VIH/SIDA. Al establecerse el centro de encuentro y asesoramiento informal se introdujeron el tratamiento de sustitución de drogas con buprenorfina sublingual, tratamiento médico con referencia a otros servicios y una atención especializada para el tratamiento de la tuberculosis, las ETS y el VIH/SIDA. Además, el centro proporciona agujas, jeringas y preservativos de forma gratuita.

Las actividades de divulgación realizadas por equipos de educadores inter pares incluyen sesiones educativas sobre las prácticas sexuales más seguras y sobre el consumo de drogas más seguro, referencias a los servicios adecuados, tratamiento de las ETS y la tuberculosis, y tratamiento de abscesos. Otros componentes del trabajo de este proyecto son los campamentos de desintoxicación y la desintoxicación domiciliaria (incluida la formación de la familia y de otros miembros de la comunidad). Esas actividades reciben apoyo mediante visitas domiciliarias de seguimiento a las familias afectadas para proporcionarles información y asesoramiento.

En agosto de 1996, dos investigadores principales del Consejo Indio de la Unidad de Investigación Médica sobre el VIH/SIDA y el Abuso de Sustancias llevaron a cabo una evaluación externa a medio plazo del programa. Además, al finalizar el primer año, un organismo privado realizó una evaluación de las respuestas de los clientes. También se llevaron a cabo evaluaciones internas para valorar tanto la calidad de vida de los clientes (mensualmente) como el funcionamiento del programa (anualmente). La evaluación externa a medio plazo del programa observó dos logros principales. En primer lugar, el programa ha conseguido un grado ele-

vado de “acercamiento respetuoso al usuario” y, como resultado, el número de clientes que utiliza el servicio ha aumentado rápidamente. En segundo lugar, la evaluación ha llegado a la conclusión de que, como ensayo de la sustitución con bupronorfina, el programa había conseguido demostrar su seguridad con gran éxito.

Durante los tres años de funcionamiento, el proyecto benefició a 1 611 clientes, 365 de los cuales utilizaron el servicio de forma regular (el centro había sido contratado inicialmente para atender únicamente a 300 usuarios). Ciento cincuenta personas que se inyectaban drogas habían dejado de inyectarse por completo y el 58% había reducido considerablemente el uso de heroína. Se había conseguido una reducción clara en el número de clientes que presentaban abscesos relacionados con las inyecciones, tromboflebitis, senos y celulitis, así como un aumento de la sensibilización respecto al VIH/SIDA. Durante su fase inicial de funcionamiento, el proyecto tuvo un gran impacto positivo en la reducción del alcance del consumo de heroína y de drogas intravenosas en esta zona de Nueva Delhi.

## ESTUDIO DE CASO DE CDI – 3

**Entorno:** Centros comunitarios de encuentro y asesoramiento informales

**País:** Ucrania

**Intervención:** Facilitación de información y suministro de preservativos/agujas

**Institución/organización patrocinadora:** Vera, Nadezhda, Lubov (una OBC)

En respuesta al creciente número de personas que se inyectan drogas en **Ucrania**, en diciembre de 1996 se inició este proyecto. Inicialmente se crearon dos centros de encuentro y asesoramiento informales fijos y un servicio móvil de divulgación para proporcionar servicios gratuitos y anónimos a los CDI. Los servicios eran proporcionados por equipos de tres o cuatro voluntarios, y cada equipo incluía a un voluntario con formación médica y una persona que se inyectaba drogas. Los servicios comprendían el suministro de agujas y jeringas estériles, la distribución de preservativos, información y asesoramiento sobre el VIH, así como la producción y distribución de folletos. Se han ampliado los servicios para incluir a varones y mujeres jóvenes que comercian con el sexo. Aunque el ímpetu inicial del proyecto provenía de la División Sur del Centro Ucrainiano sobre el SIDA, en mayo de 1997 la organización comunitaria Vera, Nadezhda, Lubov se hizo cargo de la responsabilidad de ejecutar el proyecto.

Los registros de asistencia a los centros, juntamente con los registros diarios del proyecto, proporcionan un importante material para la evaluación. Durante los primeros cuatro meses de funcionamiento del centro (hasta abril de 1997), se registraron 4 889 visitas de 1 216 personas que se inyectan drogas. Se estima que los contactos con el servicio de divulgación superaron el número total de contactos de clientes en los dos centros de encuentro y asesoramiento informales. Durante los primeros seis meses de 1997, se distribuyeron 114 000 jeringas y 36 000 preservativos. Según los registros analizados, entre julio y mediados de octubre de 1997 entraron en contacto con el servicio unos 3 000 CDI.

Los estudios previos y posteriores a la intervención proporcionan más datos importantes para la evaluación. La primera encuesta (realizada en agosto de 1996) fue respondida por 511 personas que se inyectaban drogas y presentaban un nivel elevado de comportamientos de riesgo (el 58% de los cuales tenían menos de 25 años). Sólo el 43% afirmó utilizar sus propias agujas para las inyecciones, y el uso de preservativos resultó ser de tan sólo el 16%. En abril de 1997, una nueva muestra de 200 personas que se inyectaban drogas, reclutadas en centros de encuentro y asesoramiento informales y en el punto de divulgación, presentó un nivel mucho más reducido de riesgo tanto en los comportamientos sexuales como en los de consumo de drogas intravenosas.

Este proyecto ha seguido siendo un proyecto basado en la comunidad y, a pesar de grandes dificultades externas, ha conseguido mantener un servicio continuado. Está dirigido exclusivamente por voluntarios que tienen otros trabajos para obtener ingresos. La gran implicación de personas que se inyectan drogas en el diseño y ejecución del programa asegura un grado elevado de aceptabilidad. Las actividades del proyecto han tenido un impacto positivo sobre la reducción de los comportamientos de riesgo. No obstante, las condiciones políticas y de tipo organizativo desfavorables han supuesto un freno importante. Este hecho, acompañado de una carencia de recursos básicos, como pueden ser las jeringas y los folletos educativos, de una dependencia del trabajo de voluntarios y de limitaciones económicas graves constituyen los factores que limitan el proyecto.

## ESTUDIO DE CASO DE CDI – 4

**Entorno:** Establecimientos penitenciarios y la comunidad

**País:** Méjico

**Intervención:** Reducción del daño y rehabilitación

**Institución/organización patrocinadora:** Compañeros A.C. (una ONG) con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Nacional del SIDA de Méjico

Desde 1987, la organización no gubernamental Compañeros A.C. del norte de **Méjico** ha desarrollado y evaluado estrategias de prevención entre personas que se inyectan drogas. En 1994, con la financiación de la Organización Panamericana de la Salud y con el apoyo del Programa Nacional del SIDA de Méjico, se inició una estrategia para introducir la reducción del daño partiendo del modelo de “fases del cambio” de Prochaska. Este modelo destaca las fases por las que puede pasar un usuario de drogas antes de abandonar su consumo. El proyecto fomenta la desintoxicación y la rehabilitación conjuntamente con la reducción del daño. El objetivo global del trabajo es conseguir cambios en el comportamiento, que van desde abandonar el uso de drogas intravenosas hasta introducir gradualmente cambios en el comportamiento que reduzcan al mínimo el daño que sufren los que siguen inyectándose. En las actividades de divulgación participan ex consumidores de drogas intravenosas. Los trabajadores sobre el terreno identifican a las personas que están en una fase concreta de “acción” (una fase en la que tienen una firme voluntad de reducir al mínimo el daño o de dejar de consumir drogas) y les presentan una gama de opciones de intervención.

El trabajo sobre el terreno se realiza en establecimientos penitenciarios y en la comunidad en un sentido más amplio, y los CDI entran repetidamente en contacto con los trabajadores del proyecto. Los trabajadores sobre el terreno producen y distribuyen folletos informativos. Los servicios de rehabilitación que proporciona el proyecto incorporan tratamientos complementarios como la acupuntura y la medicina herbaria. Se proporciona educación y apoyo a las familias y parejas de las personas que se inyectan drogas.

Los registros en los que se detalla el tipo y el alcance de los servicios proporcionados a las personas que utilizan el proyecto, junto con las encuestas de seguimiento realizadas seis meses después de la entrada de la persona en el programa, proporcionan el grueso de los datos para evaluación. Además, en el momento de inclusión en el programa se recogieron datos de referencia que incluían información demográfica y sobre antecedentes sociales y de tipo educativo, así como la edad a la que cada persona empezó a consumir drogas. A mediados de 1997, Compañeros había desarrollado los siguientes servicios para la reducción del daño: servicios de divulgación en la comunidad a 1 380 personas que se inyectan drogas; distribución de 55 373 equipos para la reducción del daño (que incluyen preservativos, desinfectante y folletos educativos); y 239 sesiones para aumentar los conocimientos prácticos en redes sociales de personas que se inyectan drogas, así como 2.872 sesiones individuales para proporcionar esos conocimientos. Entre 1992 y septiembre de 1997 entraron en el programa de rehabilitación 928 consumidores de heroína.

Desde la introducción, en 1995, de una orientación específica hacia los menores de 20 años, el porcentaje de jóvenes que utiliza los servicios para la reducción del daño ha aumentado del 20 al 32% en ese grupo de población. Seis meses después de completarse el tratamiento de rehabilitación se produjo una reducción del 25% en el consumo reconocido de marihuana, heroína y *speedball* (mezcla de anfetaminas y barbitúricos). Entre los que continúan consumiendo drogas se ha producido un giro hacia el consumo de drogas no intravenosas. El amplio trabajo de divulgación y sobre el terreno que ha realizado este proyecto, así como su atención centrada en el asesoramiento y el apoyo individualizados, ofrece un enfoque de intervención personalizada. Al identificar a los consumidores de drogas que están en una fase en la que muestran una clara disposición a modificar su comportamiento se consigue que las intervenciones estén mejor orientadas.



## ESTUDIO DE CASO DE CDI – 5

<b>Entorno:</b>	Comunidad
<b>País:</b>	Belarús
<b>Intervención:</b>	Actividades de divulgación e intercambio de agujas
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	Padres por el Futuro de sus Hijos (una ONG), con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA

A mediados de 1996, en **Belarús** se estableció un proyecto que contó con la financiación de la OMS y el ONUSIDA y que era el resultado de una iniciativa de un grupo de residentes de Svetlogorsk preocupados por el nivel que estaba alcanzando el consumo de drogas intravenosas en su comunidad y por el consiguiente riesgo de infección por el VIH debido a comportamientos de alto riesgo tanto por el consumo de drogas intravenosas como por las prácticas sexuales. El grupo se convirtió en una ONG denominada "Padres por el Futuro de sus Hijos". Las autoridades de la ciudad de Svetlogorsk y del Centro para la Prevención del SIDA de la República también participaron en la iniciativa.

Se ha establecido un servicio de intercambio de jeringas en dos puntos de intercambio. También se ponen a disposición desinfectante, preservativos y folletos sobre los comportamientos seguros y sobre la prevención del VIH/SIDA. Se producen y distribuyen materiales informativos para las familias de las personas que se inyectan drogas. Los voluntarios proporcionan servicios educativos extrainstitucionales a los grupos de difícil acceso. Ex consumidores de drogas intravenosas limpian de forma voluntaria la zona que rodea a los puntos de intercambio de jeringas. Desde octubre de 1997, un abogado profesional ofrece asesoramiento jurídico gratuito a los consumidores de drogas. Médicos con formación especializada y sensibles a las necesidades de las personas que se inyectan drogas realizan en centros ginecológicos el diagnóstico anónimo y el tratamiento de las ETS. También se ha proporcionado formación a treinta educadores inter pares y se ha establecido un proyecto de educación impartida por pares.

La vigilancia diaria de los servicios, junto con estudios del comportamiento y una evaluación final del proyecto realizada en abril de 1998, forman la parte central de las evaluaciones hasta la fecha. Además, y por primera vez en el país, se ha introducido un método de vigilancia centinela utilizando los residuos de sangre que quedan en las jeringas. Todos los meses los puntos de intercambio de jeringas han proporcionado ininterrumpidamente servicios a un mínimo de 300 y un máximo de 700 personas que se inyectan drogas. La evaluación final, realizada por un comité de expertos nacionales, regionales e internacionales, junto con un segundo estudio del comportamiento, ha detectado un cambio constante en el comportamiento hacia prácticas menos arriesgadas en personas que se inyectan drogas y que entran en contacto con el proyecto. El estudio inicial del comportamiento observó que el 92% de los participantes corría un alto riesgo de infección por el VIH. El estudio secundario demostró que este indicador había quedado reducido al 43%. El número de representantes del grupo destinatario de la intervención que no utilizaba preservativos también se redujo de un 71% (antes de la intervención) a un 30%.

Se valoró positivamente la calidad y el alcance del trabajo de educación y de información. El hecho de que este proyecto se empezara desde la comunidad le ha dado un fuerte impulso y ha facilitado su elevado nivel de aceptación. Su interés en obtener la participación real de las personas que se inyectan drogas en diversas actividades del proyecto ha hecho que éste resultara sumamente accesible para los miembros del grupo destinatario. El proyecto ha tenido además impacto porque ha fomentado una actitud positiva respecto a las intervenciones de prevención por parte de las autoridades locales y la población de la ciudad. Existe un plan para reproducir la experiencia positiva del proyecto de Svetlogorsk en otras regiones del país.

## ¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS VARONES ?

En muchos países desarrollados, los varones *gay* (homosexuales) y otros varones que tienen relaciones sexuales entre sí figuraron entre los primeros en resultar afectados por el VIH y siguen soportando la mayor parte del peso de la epidemia. En los países en desarrollo, la situación es bastante diferente. En muchos de esos países la transmisión heterosexual es la responsable de la gran mayoría de los casos conocidos. No obstante, no está claro si esto refleja con precisión la situación real. En muchos países en desarrollo, las relaciones sexuales entre varones están muy estigmatizadas, y en algunos están legalmente prohibidas, lo que puede hacer que los gobiernos, los dirigentes políticos y el público en general crean que no existe la transmisión homosexual, cuando de hecho está simplemente oculta (Consejo de Investigación Nacional de los Estados Unidos, 1996).

A medida que ha ido pasando el tiempo ha surgido una nueva voluntad de “levantar el velo” que ocultaba unos comportamientos hasta ahora estigmatizados y negados. En África subsahariana, por ejemplo, donde inicialmente no se informó de casi ningún caso de transmisión homosexual, en la actualidad son cada vez más numerosas las publicaciones que indican que los contactos sexuales entre personas del mismo sexo son mucho más frecuentes de lo que anteriormente se pensaba (véase una revisión en Aggleton, Khan y Parker, 1999). Hoy día resulta claro que en diversos países tanto del mundo desarrollado como del mundo en desarrollo los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones son más vulnerables a la infección por el VIH debido a la naturaleza clandestina de sus relaciones y a la marginalización y discriminación a las que tienen que enfrentarse (McKenna, 1996; Aggleton, Khan y Parker, 1999). En la actualidad, el reto consiste en ampliar el limitado número de programas innovadores para varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, y en abordar los factores estructurales que fomentan esta discriminación y estigmatización.

## ESTUDIO DE CASO DE VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS VARONES (VSV) – 1

<b>Entorno:</b>	Comunidad
<b>País:</b>	Chile
<b>Intervención:</b>	Campaña de información, educación y comunicación (IEC) y preparación de profesionales de la salud
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	Centro Lambda (una OBC)

Un proyecto iniciado en 1995 por el Centro Lambda, una asociación de varones homosexuales de Santiago (**Chile**), en colaboración con otras organizaciones no gubernamentales (ONG) y algunas universidades tenía como objetivo enfrentarse a la alta incidencia de infecciones por el VIH entre los varones homosexualmente activos, que entonces suponían el 82% de todas las infecciones por el VIH de transmisión sexual. El comportamiento homosexual sigue considerándose un delito en Chile, y el clima político hasta la democratización de 1990 ha dificultado el trabajo con varones homosexuales. A pesar de ello, se realizó una serie de talleres con varones identificados como homosexuales para fomentar un debate abierto y facilitar el desarrollo de redes sociales, así como de la preparación de los profesionales sanitarios y de otros campos en cuestiones relacionadas con la sexualidad y la discriminación. Se produjeron y distribuyeron carteles, así como preservativos e información sobre los servicios. Se realizó una labor relacionada con la defensa de los derechos humanos y con aspectos jurídicos más amplios que afectan a los varones homosexuales. También se preparó una estrategia para desarrollar una red de personas e instituciones de apoyo, incluidas las pertenecientes al sistema de salud pública.

A lo largo de cinco años se ha ido adaptando, modificando y probando el contenido de los talleres en diferentes grupos culturales y grupos de edad de diversos lugares. Se realizaron esfuerzos para mejorar el perfil de las comunidades de varones homosexuales mediante su participación en actividades públicas, como son los actos del Día Mundial del SIDA, las marchas del Orgullo Gay y las celebraciones conmemorativas a la luz de las velas. Se utilizó una estrategia para aumentar la sensibilización dentro del sistema de salud pública y conseguir así que los programas de atención y apoyo fueran más apropiados y accesibles para los VSV. Esta estrategia consistió en formar a agentes de salud en cuestiones relacionadas con la sexualidad y la homosexualidad. Otras actividades incluyeron la distribución de preservativos y de folletos informativos, así como consejos sobre dónde se podían encontrar servicios de buena calidad de asesoramiento y pruebas del VIH. Además, se ha trabajado en lo referente a la defensa de los derechos humanos y de otras cuestiones legales más amplias que afectan a los varones homosexuales.

Se realizaron evaluaciones del proceso en cada una de las sesiones de los talleres utilizando un formato de cuestionario de respuesta abierta. Los resultados de esta evaluación identificaron la necesidad percibida por los varones homosexuales de contar con foros sociales en los que poder hablar de forma abierta sobre cuestiones que les afectan y dónde conseguir apoyo para las dificultades a las que se enfrentan. También se reunieron datos de evaluación para valorar el alcance y la extensión del trabajo. Entre 1995 y 1997 se realizaron 172 actividades en las que participaron 1 576 personas en siete ciudades chilenas. Se han puesto los cimientos para el desarrollo de un enfoque más sistemático para la prevención del VIH en varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, unos cimientos que pueden consolidarse y a partir de los cuales se puede seguir construyendo en el futuro. El proyecto ha resultado especialmente innovador dado el clima político reinante, y han sido las organizaciones de varones homosexuales las que se han puesto al frente a la hora de presionar para conseguir cambios en los servicios de atención sanitaria, en sus derechos legales, civiles y humanos y en las actitudes frente a la homosexualidad.

## ESTUDIO DE CASO DE VSV – 2

**Entorno:** Comunidad

**País:** Jamaica

**Intervención:** Actividades de asesoramiento, educación y divulgación

**Institución/organización patrocinadora:** Jamaica AIDS Support (una ONG)

**Jamaica** AIDS Support (JAS) es un grupo no gubernamental de educación y apoyo basado en el trabajo de voluntarios y orientado a VSV responsable del diseño y ejecución de un proyecto. La discriminación generalizada contra los VSV ha dificultado el trabajo de prevención del VIH en Jamaica, y a medida que los varones con el VIH han ido enfermando, tanto ellos como sus familias han encontrado un apoyo muy limitado. El propósito específico del proyecto de divulgación y reducción del riesgo era aumentar la capacidad de JAS de dar apoyo a la reducción del riesgo entre los VSV en tres zonas geográficas independientes. Con la colaboración de 80 voluntarios, JAS celebró reuniones semanales, organizó sesiones de divulgación educativa y proporcionó apoyo a personas que vivían con el VIH/SIDA. Se puso en práctica el asesoramiento inter pares para fomentar la autoestima, una actitud positiva en materia de salud sexual y un cambio de comportamiento duradero. Los asesores inter pares proporcionaron educación a los VSV y a sus familias, y además prestaron apoyo las 24 horas del día a las familias de personas que vivían con el SIDA. En las reuniones periódicas de los grupos de apoyo se han tratado temas como las prácticas sexuales más seguras, las relaciones entre varones homosexuales, la prostitución, la educación, la homofobia y el fortalecimiento de la comunidad de varones homosexuales. Algunos de los servicios de asesoramiento y apoyo a largo plazo prestados a personas que viven con el VIH/SIDA han incluido el asesoramiento telefónico y, algo muy importante, la prestación de asistencia domiciliar y en el hospicio "Life" establecido por JAS con el apoyo económico de AIDS-CAP. Entre los acontecimientos mensuales especiales figuraban fiestas, durante las cuales se representaron obras cómicas y se pusieron a disposición del público puestos informativos sobre las prácticas sexuales más seguras. Se distribuyeron preservativos gratuitamente, junto con folletos informativos y materiales educativos. Se realizaron talleres con actores transformistas para ayudarles a mejorar su capacidad de transmitir mensajes de prevención a través del arte escénico.

Hasta agosto de 1988 se realizó un total de 106 reuniones de grupos de apoyo a nivel nacional, y son muchos más los subgrupos que se han reunido para abordar cuestiones de una manera más restringida. Ahora la red de asesoramiento inter pares se ha ampliado desde Kingston a otras dos ciudades, y se han identificado otras cuatro ciudades para las actividades de divulgación. Un total de 149 grupos de apoyo para personas que viven con el SIDA han llegado a 737 participantes. En diciembre de 1995 y agosto de 1996 se realizaron dos encuestas CACP y se compararon los resultados. El 85% de los que contestaron a la encuesta de 1996 afirmaban conocer las prácticas de prevención y percibir de forma apropiada el riesgo de infección por el VIH. Se constataron un aumento del 40% en el uso del preservativo y una reducción del 30% en la autopercepción del comportamiento de alto riesgo. El proyecto resulta llamativo en su intento de proporcionar un apoyo muy amplio a los VSV, incluidos los que viven con el VIH/SIDA. La naturaleza holística de los talleres de educación sobre prevención y el énfasis puesto en el asesoramiento y el apoyo inter pares ha sido bien recibido por los VSV. La ampliación del trabajo desde Kingston hacia otras ciudades importantes demuestra que es posible transferir este estilo de trabajo. El proyecto ha evolucionado a partir de una iniciativa comunitaria de autoayuda, lo que aumenta su credibilidad ante los miembros del grupo destinatario.

## ESTUDIO DE CASO DE VSV – 3

<b>Entorno:</b>	Establecimientos penitenciarios
<b>País:</b>	Costa Rica
<b>Intervención:</b>	Fomento del preservativo y asesoramiento
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	ILPES (una ONG), con el apoyo del Ministerio de Justicia de Costa Rica.

El Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES) estableció un programa destinado a los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones en las cárceles de **Costa Rica**. En 1990, un estudio realizado entre los reclusos del Centro Correccional La Reforma, el establecimiento penitenciario más grande del país, reveló una elevada prevalencia de la infección por el VIH. No se había formulado una política clara respecto a las medidas de prevención en establecimientos penitenciarios, a pesar de que se reconocía en general el hecho de que la actividad sexual entre los reclusos es frecuente. Tampoco había programas de sensibilización sobre el VIH dirigidos a la población penitenciaria, y el acceso a los análisis para detectar los anticuerpos contra el VIH era limitado.

En 1992, ILPES, en colaboración con el Ministerio de Justicia, empezó a desarrollar un Programa Holístico de Prevención del SIDA para los reclusos de los establecimientos penitenciarios de Costa Rica. El objetivo central de esta iniciativa era fomentar los cambios de actitud frente al VIH/SIDA por parte de los reclusos, pero el enfoque también tenía en cuenta las actitudes del personal penitenciario. Los talleres de prevención del VIH se orientaban a examinar los múltiples factores que contribuyen a la prevención del VIH dentro de las cárceles, o bien que la inhiben. Hasta la fecha esos talleres han abordado el control del poder; el SIDA y las relaciones sexuales seguras; el control de la ira; la sexualidad; la autoestima; el alcoholismo y el abuso de sustancias; y la salud holística. Los talleres usan una metodología participativa para que todos los participantes intervengan en igualdad de condiciones, ideando ellos mismos un sistema de comunicación horizontal por medio de juegos, ejercicios, juegos de rol y meditación. También se han realizado talleres para el personal penitenciario a fin de aumentar su sensibilización respecto a las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA.

La evaluación, realizada durante 1995, se centró en los resultados de los talleres para los reclusos de los centros penitenciarios. En ese momento había participado en el programa un total de 453 reclusos y casi todos los establecimientos correccionales del país. Se eligió a un total de 188 personas que habían tomado parte en el programa durante los primeros seis meses de 1995 para participar en la evaluación. Se facilitó a cada una de esas personas un cuestionario antes y después de la experiencia, y se registraron de forma sistemática los cambios en las respuestas. El porcentaje de reclusos que demostró conocer las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA aumentó de un 69% antes de la intervención a un 79% después de ésta. Además, a partir de las respuestas al cuestionario se observó que quienes participaron en los talleres habían mejorado su capacidad de comunicarse de forma eficaz con sus parejas sexuales. La proporción de los que se sentían capaces de explicar a su pareja sus preferencias aumentó de un 56% a un 66%, y el número de encuestados que afirmaron no comunicarse nunca con su pareja respecto a las preferencias sexuales descendió de un 24% a un 12%. En cuanto al uso de preservativos y a las actitudes frente a éstos, la proporción de los que nunca usaban preservativos se redujo de un 51% a un 36%, y el número de encuestados que indicaban que les gustaba usar preservativos aumentó de un 8% a un 19%. Los talleres holísticos tuvieron un efecto significativo a la hora de ayudar a los reclusos a sentirse mejor consigo mismos y, como resultado, se observó una clara mejora de la atmósfera social en los establecimientos penitenciarios. Cabe señalar el carácter singular de realizar un proyecto de esta naturaleza dentro de los servicios correccionales estatales, especialmente a través de un proceso de colaboración entre una ONG y el gobierno.

## ESTUDIO DE CASO DE VSV – 4

**Entorno:** Comunidad

**País:** Bangladesh

**Intervención:** Fomento del preservativo y asesoramiento

**Institución/organización patrocinadora:** Sociedad Bandhu para el Bienestar Social (una ONG)

La Sociedad Bandhu para el Bienestar Social, de Dhaka (**Bangladesh**) empezó su trabajo basado en la comunidad en octubre de 1997. Los VSV constituyen el centro de atención del proyecto y de la prestación de servicios. Se realizó un estudio etnográfico preliminar, junto con una valoración del riesgo y de las necesidades, para obtener un perfil más claro de las redes de contactos sexuales entre varones. Más tarde se diseñó el programa partiendo de estos hallazgos. Principalmente el proyecto ha procurado desarrollar y fortalecer redes informales de amistad fuera del entorno sexual, que luego se han utilizado para abordar cuestiones de tipo social, como el acoso y la victimización por parte de la policía, así como preocupaciones personales que experimentan los varones. Las actividades de divulgación incluyeron un enfoque interactivo para fomentar el uso del preservativo, incitar al debate y compartir experiencias; la comercialización social de los preservativos; asegurar la referencia a servicios apropiados y sensibilizados para el tratamiento de las ETS; y la creación de redes con organismos que se ocupan de la salud sexual de la mujer a fin de establecer unas referencias apropiadas para sus parejas masculinas. Al proporcionar a los varones la oportunidad de explorar otros intereses que ellos mismos han expresado, como la danza, el diseño de modas, el aprendizaje de inglés y la alfabetización en su propia lengua, el proyecto trata de fomentar su aceptabilidad y afianzar una relación a más largo plazo por parte de los miembros del grupo destinatario.

Dado que el proyecto sigue siendo relativamente nuevo, la evaluación hasta la fecha ha consistido principalmente en la vigilancia de la prestación y uso del servicio. Entre octubre de 1997 y enero de 1998, el proyecto Bandhu recibió un total de 960 visitas (12 reuniones de grupo y 500 visitas individuales). Se distribuyeron más de 4 500 preservativos y se establecieron 1 900 contactos en entornos sexuales públicos. En general, hay indicios claros de que un marco de socialización y creación de lazos comunitarios y de amistad resulta más eficaz en este contexto que un modelo más tradicional de educación inter pares.

Son distintos los aspectos del trabajo de este proyecto que han tenido importancia para su éxito rápido. El hecho de que el proyecto esté dirigido por los propios beneficiarios resulta significativo, le garantiza un grado elevado de aceptabilidad y asegura una base ética para sus actividades. En Lucknow y Nueva Delhi se han establecido proyectos similares que utilizan este modelo de intervención, lo que demuestra que el proyecto es transferible a otros contextos regionales. El enfoque holístico adoptado, con énfasis en el desarrollo de extensas redes sociales y de apoyo, ofrece un estilo de intervención no clínica y reconoce las preocupaciones más amplias del grupo destinatario. Las actividades de divulgación, centradas más bien en la creación de amistades que en la distribución de preservativos, es un enfoque bien recibido por el grupo beneficiario. El VIH/SIDA sigue siendo una cuestión de relativamente poca importancia, en comparación con otras preocupaciones prioritarias de los VSV, como pueden ser la familia, el matrimonio, el trabajo, los ingresos y el acoso.

## ESTUDIO DE CASO DE VSV – 5

**Entorno:** Comunidad

**País:** Sudáfrica

**Intervención:** Servicio telefónico

**Institución/organización patrocinadora:** Triangle Project (una ONG)

Un proyecto que ha existido bajo varias formas durante los últimos 15 años y que ahora se denomina Triangle Project trabaja para satisfacer las necesidades de educación y de apoyo de los varones homosexuales de Ciudad del Cabo, **República Sudafricana**. El principal punto de partida del proyecto es asumir que los varones están mejor preparados para protegerse a sí mismos y a sus parejas en el contexto del VIH si tienen una fuerte identidad homosexual. Para conseguir esta finalidad, el proyecto trabaja no sólo con varones homosexuales, sino que también intenta tratar la homofobia en el seno de la comunidad más amplia, y a la vez crear unos entornos escolares y sanitarios más seguros y accesibles, con servicios de asesoramiento y apoyo.

Inicialmente se realizó un análisis de las necesidades de base para los varones homosexuales. Se desarrolló información impresa y se distribuyó ésta junto con preservativos y lubricantes en bares y clubes. Se llevó a cabo educación divulgativa sobre el sexo seguro y se trabajó para dar poder de decisión siguiendo talleres participativos en bares, clubes y otros centros de reunión de varones homosexuales. Los servicios de asesoramiento los proporcionaba por teléfono y en persona un equipo de voluntarios con formación especializada. El proyecto imparte formación a grupos externos, como maestros y enfermeras, en cuestiones relacionadas con la homosexualidad. Más recientemente se ha impartido formación a organismos complementarios de otros puntos del sur de África (como GALZ en Zimbawe). Se hace gran hincapié en preparar a voluntarios para ampliar la capacidad de la organización de satisfacer las necesidades de los varones homosexuales. Actualmente el proyecto está acabando una investigación de grupo que examina cuestiones de identidad sexual, autoestima y comportamientos de búsqueda de salud y de asunción de riesgos.

Entre junio de 1997 y junio de 1998, en puntos de grandes y medianas ciudades, así como en locales de gran auge, se distribuyeron 236 200 preservativos junto con 30 000 sobres de lubricante. Asimismo, se produjeron y distribuyeron 37 000 folletos sobre prácticas sexuales más seguras, consumo de alcohol y drogas, las relaciones, la revelación de la identidad sexual, las ETS y la hepatitis B. Una gran variedad de personas ha recibido formación en cuestiones como las relaciones sexuales más seguras y las actitudes frente a la homosexualidad. La evaluación de los talleres posterior al curso indica que aumentaron los conocimientos y se cambiaron los comportamientos. Los participantes afirman valorar el enfoque no didáctico y no preceptivo adoptado en los talleres. El equipo del proyecto procede ahora a desarrollar y aplicar modelos de evaluación más sistemáticos. El hecho de que el proyecto se centre en hacer frente a las actitudes negativas respecto a la homosexualidad ha conseguido mejoras en el suministro de servicios de salud y en la educación. Por medio del fortalecimiento de la identidad homosexual el proyecto ha aumentado la accesibilidad de los varones homosexuales de Sudáfrica a los servicios de prevención, educación y apoyo relacionados con el VIH. No obstante, los fondos gubernamentales sufrieron un recorte del 90% en 1997, cuando se decidió que la prevención del VIH entre la población heterosexual era prioritaria.

## ¿ QUÉ FUNCIONA CON LOS PROFESIONALES DEL SEXO Y SUS CLIENTES ?

Al comienzo de la epidemia, se reconoció que los profesionales del sexo constituían un grupo esencial que debía implicarse en la prevención del VIH (Wellings y Field, 1996). No obstante, ha resultado difícil implicar por completo a este colectivo en la prevención del VIH, ya que en muchos países la ilegalidad de la prostitución supone que las mujeres y los varones que intercambian relaciones sexuales por dinero no siempre sean visibles o accesibles. El trabajo sexual también está muy estigmatizado en muchas sociedades, y en los primeros informes sobre el SIDA los medios de comunicación no fueron de gran ayuda, ya que a menudo presentaban a los profesionales del sexo como “transmisores de la infección” en vez de como personas que podían resultar especialmente vulnerables o con un papel importante en la prevención del VIH (Alexander, 1996).

En los países en desarrollo, la mayor parte de las mujeres profesionales del sexo suelen ser pobres, carecen de estudios formales y están relativamente indefensas (Ngugi, Branigan y Jackson, 1999). Es frecuente que las personas se dediquen profesionalmente al comercio sexual para su propia supervivencia económica y, en muchos casos, también la de sus hijos y de otros miembros de su familia. En muchos países en desarrollo, la migración de las zonas rurales a las urbanas garantiza que en las ciudades haya un gran número de profesionales del sexo y una previsible clientela. Un cierto número de clientes de los profesionales del sexo son varones que han dejado atrás a sus familias para buscar trabajo en las grandes ciudades (Aggleton y Rivers, 1999). En algunos contextos culturales, las relaciones sexuales antes del matrimonio o fuera de éste suelen implicar el intercambio de dinero o bienes. Resulta importante señalar que los programas existentes para la prevención del VIH rara vez se han centrado en los varones clientes de las/los profesionales del sexo (Rivers y Aggleton, 1999).

Los profesionales del sexo a menudo tienen una gran movilidad, lo que dificulta el trabajo de las organizaciones locales y la eficacia de los programas de prevención del VIH. Además, aunque muchos/as profesionales del sexo usan, o querrían usar, preservativos, la naturaleza mayormente ilícita y a veces ilegal del trabajo sexual aumenta su vulnerabilidad. En contextos en los que es ilegal buscar clientes, el hecho de llevar encima un gran número de preservativos puede suponer un arresto y multas. De forma similar, la naturaleza oculta del trabajo sexual puede hacer que los profesionales del sexo resulten vulnerables a la violación y a la coacción sexual (Alexander, 1996).

A la hora de planificar y programar la prevención, es necesario recordar que los profesionales del sexo, al igual que otros grupos, distan mucho de constituir una población homogénea. Incluyen a mujeres y varones, a los que se identifican como varones homosexuales o bisexuales y a jóvenes, que pueden encontrarse relativamente indefensos y especialmente vulnerables a la explotación y a los usuarios de drogas intravenosas. El comercio sexual se produce en diversos contextos: por ejemplo, en prostíbulos, bares, las calles y a través de encuentros organizados por intermediarios.



## ESTUDIO DE CASO DE PROFESIONALES DEL SEXO – 1

**Entorno:** Comunidad: Varones profesionales del sexo

**País:** Marruecos

**Intervención:** Educación y divulgación inter pares

**Institución/organización patrocinadora:** Association de Lutte contre le SIDA (una ONG)

La Association de Lutte contre le SIDA (ALCS) desarrolló un proyecto centrado en los varones profesionales del sexo en lugares ocultos de Casablanca y Marrakesh, en **Marruecos**. El objetivo global era reducir el riesgo de contraer ETS y la infección por el VIH entre los varones profesionales del sexo, sus clientes y las parejas de sus clientes. El proyecto también se proponía satisfacer unas necesidades más amplias de atención y apoyo de los profesionales del sexo socialmente marginados. Entre 1993 y 1994 se observó y entrevistó a miembros del grupo beneficiario de la intervención en Casablanca y Marrakesh. En 1995 se realizó un estudio comportamental estructurado con una muestra de 172 varones para obtener datos de referencia para la intervención. A continuación se reclutó y preparó a los pares que harían el trabajo de divulgación. Los agentes encargados de ese trabajo empezaron relacionándose de forma regular en locales (unas tres veces por semana durante 1995 en Casablanca) con varones profesionales del sexo. Proporcionaron asesoramiento y educación inter pares, así como preservativos, y facilitaron la referencia a servicios de salud locales para el diagnóstico y tratamiento de ETS y para el asesoramiento y las pruebas del VIH. Se estableció un servicio de encuentro y asesoramiento informal junto con una línea de consulta telefónica directa y un grupo de discusión. El proyecto ha empezado a establecer contactos en otras ciudades donde hay varones que trabajan como profesionales del sexo, como son Tanger y Agadir.

En colaboración con la OMS, en 1995 se realizó una evaluación inicial básica utilizando cuestionarios, entrevistas y el análisis de los datos existentes. Se midió el cambio en el comportamiento basándose en la comparación con datos reunidos anteriormente, en 1993-1994. Otros indicadores adicionales del proceso proporcionaron datos sobre el número de contactos de divulgación, el número y tipo de referencias, el número de preservativos distribuidos, etc. Por lo que se refiere a la aceptabilidad del proyecto y de las estrategias empleadas, los que respondieron a los cuestionarios y entrevistas tenían una actitud positiva respecto al trabajo de divulgación y valoraban la oportunidad de discutir cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual, la salud y el VIH/SIDA. El 93% de los entrevistados prefería tener acceso a los preservativos a través de los trabajadores que realizaban la divulgación que por fuentes más convencionales. Se observó que aumentó el número de varones que solicitaban voluntariamente asesoramiento y pruebas. En 1995, a lo largo de un período de 10 meses se realizaron 17 000 contactos individuales, y se llegó a un número estimado de 530 personas (el 84% de los cuales eran profesionales del sexo). Al cabo de un período de tiempo breve, los datos indican que ha aumentado el uso sistemático de preservativos. Una detallada investigación básica anterior a la intervención, realizada por entrevistadores que conocían el entorno del grupo al que iba orientado el programa, ha confirmado la existencia de situaciones de vulnerabilidad y de riesgo de contraer el VIH/SIDA. El proyecto ha conseguido sentar precedente tanto en el país como en la región septentrional africana para demostrar la viabilidad de una labor de prevención del VIH satisfactoria a través de la divulgación entre poblaciones marginadas y clandestinas.

## ESTUDIO DE CASO DE PROFESIONALES DEL SEXO – 2

**Entorno:** Profesionales del sexo

**País:** Venezuela

**Intervención:** Educación inter pares

**Institución/organización patrocinadora:** Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Recíproca (una ONG)

Un proyecto ejecutado por la Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Recíproca (AMBAR) en Caracas (**Venezuela**), tenía como objetivo mejorar la calidad de vida de las mujeres profesionales del sexo mediante estrategias que protegen su salud y a la vez garantizan sus derechos humanos y civiles. Inicialmente, se reclutó a 40 profesionales del sexo que recibirían formación como promotoras de salud. Los criterios de inclusión usados para identificar a las posibles promotoras de salud incluían la credibilidad y el respeto entre sus pares. Después de recibir la formación, las mujeres podían impartir educación sobre derechos humanos, autoestima, sexualidad y salud reproductiva, prevención de ETS/VIH y uso eficaz de preservativos. Se distribuyeron materiales como carteles, folletos y boletines en establecimientos y lugares públicos frecuentados por las profesionales del sexo. También se produjeron un manual y un conjunto de materiales visuales para formación que utiliza las promotoras de salud en las charlas y talleres que dirigen.

Las actividades de divulgación se realizan tanto en centros de trabajo como en los servicios de asistencia de ETS. Los directores y los propietarios de clubes, hoteles y bares en los que desempeñan su trabajo las profesionales del sexo han participado en el proyecto ayudando en la comercialización social de preservativos y en la diseminación de información. Se han realizado reuniones semanales con las promotoras de salud para planificar el trabajo de educación inter pares, así como sesiones de supervisión y de apoyo. Todos los martes, desde la sede de AMBAR se distribuyen gratuitamente preservativos a las profesionales del sexo que participan en las actividades de promoción. Asimismo, se les facilita el acceso a consultas de tipo jurídico y psicológico, así como un programa que asegura que las acusaciones de violaciones de los derechos humanos presentadas por las profesionales del sexo se canalizan a través de organizaciones competentes para que sean tratadas de forma eficaz.

Cuando empezó el proyecto, en 1995, el Ministerio de Salud y de Servicios Sociales tenía censadas 13 000 profesionales del sexo. Posteriormente se estableció un censo de 25 000 mujeres que utilizaban los servicios de salud y de apoyo. Entre quienes han estado en contacto con el proyecto no se ha comunicado ni un solo caso de infección por el VIH desde 1995. Todos los martes un gran número de profesionales del sexo llega a la sede de AMBAR para recibir preservativos gratuitos y tomar parte en las actividades educativas. El acoso policial se ha reducido como resultado de las denuncias procesadas por AMBAR. La comercialización social de preservativos ha resultado un éxito, y las profesionales del sexo han asumido el control del mercado, mientras que los propietarios y directores de los locales venden preservativos en sus establecimientos a precios asequibles. Haciendo frente satisfactoriamente a las preocupaciones relacionadas con la salud y los derechos humanos, el proyecto ha conseguido un elevado nivel de aceptación, verificado por el alcance de la participación en la intervención. El proyecto ha conseguido su objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres profesionales del sexo y ha reducido de forma significativa el riesgo de infección por el VIH.

## ESTUDIO DE CASO DE PROFESIONALES DEL SEXO – 3

<b>Entorno:</b>	Comunidad: profesionales del sexo
<b>País:</b>	Camerún
<b>Intervención:</b>	Divulgación inter pares en zonas urbanas
<b>Institución/organización patrocinadora:</b>	AIDSCAP

Entre 1993 y 1996, AIDSCAP apoyó un proyecto destinado a profesionales del sexo y sus clientes en seis zonas urbanas del **Camerún**. Educadores inter pares especialmente formados trabajaron en parejas para impartir sesiones semanales de educación en bares, prostíbulos, dispensarios de ETS, barrios y otros puntos en los que se sabía que la gente tenía comportamientos sexuales de alto riesgo. Además, se realizaban sesiones educativas en establecimientos penitenciarios según se solicitara. Los profesionales del sexo distribuían preservativos de forma gratuita como actividad de promoción y luego vendían los preservativos a sus pares y clientes una vez establecida la demanda. Un grupo de teatro formado por profesionales del sexo escenificaba obras interactivas y de humor en los locales en los que los profesionales del sexo se encontraban con sus clientes. Entre 1993 y 1996 se formó a 200 educadores y coordinadores inter pares, los cuales a su vez realizaron más de 5 000 sesiones educativas en puntos de la comunidad y dispensarios. A través de las sesiones educativas se estima que se realizaron unos 500 000 contactos, incluidos los 52 talleres llevados a cabo en la prisión central de Yaoundé.

La evaluación de los resultados y del impacto de las actividades se ha realizado a través de encuestas CACP básicas y de seguimiento que recopilaban datos tanto cuantitativos como cualitativos. A partir de las encuestas de referencia se obtuvo información de 800 profesionales del sexo, de 800 clientes y de 200 personas que recibían tratamiento para alguna ETS. Los datos del seguimiento se reunieron a partir de 818 profesionales del sexo y de 661 clientes. El porcentaje de la población destinataria que era capaz de identificar al menos dos medios de prevención contra el VIH aumentó del 40,2% (profesionales del sexo) y el 49,8% (clientes) en las encuestas de referencia, al 85,6% y el 85,6% respectivamente en el seguimiento. Se produjo un descenso de 10-20 puntos porcentuales en la proporción de la población destinataria que reconocía haber tenido una ETS durante los tres meses inmediatamente anteriores a la encuesta de seguimiento, acompañado de un aumento de 10 puntos porcentuales en el número de personas que tenían acceso a un tratamiento adecuado para su última ETS. El porcentaje de profesionales del sexo que reconocían haber usado alguna vez un preservativo aumentó ininterrumpidamente del 28,3% en 1988 al 88% en 1996. Entre los clientes, este porcentaje aumentó desde un 55,5% en 1990 hasta un 81% en 1996. También aumentó de forma constante el uso de preservativos entre los profesionales del sexo con clientes no habituales, de un 52% en 1994 a un 75% en 1996.

Una valoración exhaustiva del trabajo ya realizado durante la fase previa permitió que este proyecto aprovechara los puntos fuertes de un programa ya existente. Como resultado, las actividades del proyecto se han mantenido durante un período sustancial de tiempo y se ha aumentado al máximo el posible impacto de la intervención. Por medio del teatro como principal sistema de comunicación sobre la prevención del VIH ha sido posible llegar a muchas personas de forma amena en lugares donde es muy probable que adopten comportamientos sexuales de alto riesgo. Los profesionales del sexo han tenido un gran éxito en la comercialización eficaz de preservativos. De hecho, la venta de preservativos se ha convertido en la principal fuente de ingresos para algunas mujeres, que ahora los venden al por mayor.

## ESTUDIO DE CASO DE PROFESIONALES DEL SEXO – 4

**Entorno:** Comunidad

**País:** Papua Nueva Guinea

**Intervención:** Actividades de divulgación

**Institución/organización patrocinadora:** Instituto de Investigación Médica de Papua Nueva Guinea

La investigación realizada por el Instituto de Investigación Médica de **Papua Nueva Guinea** a principios de los años noventa puso de manifiesto que los profesionales del sexo y sus clientes, en su mayoría trabajadores de transportes, eran especialmente vulnerables a la infección por el VIH. En 1994 se realizó una valoración de la situación etnográfica de los trabajadores de transportes y las mujeres que tenían relaciones sexuales con ellos a cambio de dinero. Las actividades de divulgación empezaron ya durante las encuestas de referencia iniciales, cuando se proporcionó información básica sobre el VIH/SIDA y preservativos a los encuestados y se les enseñó cómo había que utilizarlos. Se desarrollaron y produjeron módulos de formación para las profesionales del sexo y para cada uno de los grupos de clientes a quienes iba dirigida la intervención. Se realizaron talleres de política en el lugar de trabajo en colaboración con las compañías navieras, la policía, las empresas de seguridad y las empresas de transporte para asegurar su apoyo. Se prepararon las actividades para reducir la incidencia de las “line-ups” – policiales, o sesiones de violación en grupo, a las que se sometía a las profesionales del sexo que se encontraban detenidas. Se realizaron actividades de divulgación con los camioneros en sus zonas de descanso y a través de sesiones de formación en el lugar de trabajo, mientras que con los marineros y trabajadores portuarios esta labor se llevó a cabo en los muelles y a bordo de los barcos. En Port Moresby se estableció un dispensario que proporcionaba servicios confidenciales relacionados con las ETS a las profesionales del sexo. En Lae, estas mujeres podían realizar someterse a análisis para detectar el VIH y recibir asesoramiento en el centro donde se ubicaba el proyecto, seguido en caso necesario de su referencia a los dispensarios locales para el tratamiento de ETS. Los grupos de teatro y musicales que colaboraron con el proyecto también ayudaron a difundir los mensajes de prevención del VIH/SIDA. Además, un centro de encuentro y asesoramiento informal impartió cursos de alfabetización y formación profesional por medio de la Asociación Cristiana Femenina Mundial (YWCA). Una línea de consulta telefónica directa proporcionó servicios de asesoramiento a profesionales del sexo y a sus clientes.

La evaluación operacional y la vigilancia permanente han proporcionado algunos indicadores claros del éxito obtenido hasta la fecha. A mediados de 1998, en Port Moresby habían completado su formación 403 educadores inter pares. Este grupo incluía a 75 profesionales del sexo, 36 varones policías, 16 mujeres policías, 14 esposas de policías, 20 empleados de seguridad, 163 marineros (de 24 barcos), 65 trabajadores portuarios y 14 empleados de hoteles. En Lae, para marzo de 1997 había recibido formación un total de 125 educadores inter pares, entre los que figuraban profesionales del sexo, trabajadores portuarios, marineros y camioneros. Entre las profesionales del sexo, se pueden encontrar pruebas cuantitativas de un aumento gradual en el uso de preservativos en las etapas avanzadas de los datos de referencia, indicando un aumento rápido en dicho uso desde el momento en que empezó el proyecto. Los esfuerzos para reducir la incidencia de las sesiones de violación en grupo han tenido éxito, y se ha comprobado que la participación de los oficiales de policía en alguna de esas sesiones durante la semana anterior al inicio del proyecto se había reducido de un 10% antes de la intervención a un 4,2% después de ésta. Además, se han llevado a cabo con éxito los primeros procesamientos de los oficiales de policía implicados, y se ha reducido la incidencia de acoso sexual denunciado por profesionales del sexo. La demanda de preservativos ha ido aumentando constantemente y en Port Moresby se han dispuesto cinco almacenes de preservativos en los muelles. Durante 1996-1997, se distribuyeron entre 1,5 y 2 millones de preservativos masculinos y 5 000 preservativos femeninos.

Una amplia evaluación operacional sobre los contextos reales de la adopción de riesgos en grupos vulnerables ha proporcionado orientaciones para el desarrollo global del proyecto. El grado de implicación de numerosas organizaciones ha sido excepcional, y se consiguió fomentando el más elevado nivel de participación posible en el proyecto por parte de una amplia gama de organizaciones relacionadas, en todas las etapas de su desarrollo. Abordar la cuestión de los derechos humanos de las profesionales del sexo ha tenido una importancia capital.

\* NT. Este término, con el que se conocen las ruedas de reconocimiento de presos, se utiliza aquí para designar las violaciones en grupo de prostitutas por parte de oficiales de la policía.

**ANEXO.  
RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS  
DE CASO**

## ¿Qué funciona con los jóvenes?

44

Entorno	País	Intervención	Alcance	Organismo patrocinador	Resultados/comentarios	
1	Universidad	Kenya	Educación dirigida por pares *“Clubes de sensibilización sobre el SIDA”, distribución de preservativos, publicación de boletines	Se estableció contacto con 19 000 estudiantes en 9 instituciones a través de 251 educadores inter pares con formación especializada	Family Planning Private Sector (FPPS)	X: Se observó que resultaba eficaz la implicación conjunta de estudiantes y de la administración escolar en el diseño y ejecución del programa de estudios basado en la escuela
2	Comunidad	Perú	1) Sensibilización 2) Formación de la juventud para aumentar su capacidad de decisión  *información y educación, además de sensibilización de la comunidad respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva para los jóvenes	800+ jóvenes	Instituto de Estudios de la Población, Universidad Cayetano Heredia	X: Éxito de la campaña local para la salud sexual de los jóvenes
3	Medios de comunicación	República Dominicana	Intervención combinada en la radio, televisión y prensa	Nacional	Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA de la República Dominicana y 20 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.	X: La interacción de los medios de comunicación en la educación sobre el VIH/SIDA en otros entornos puede cambiar las actitudes y las normas sociales, lo que ayuda a prevenir el VIH
4	Comunidad	Nepal	“Campamentos” o refugios  *proporcionan un espacio seguro para las muchachas que son objeto de tráfico sexual  *proporcionan formación profesional/educación, asesoramiento y apoyo	Evita que cada año 180 muchachas sean vendidas a prostíbulos. Reúne a las familias.	Proyecto Maiti	X: Un proyecto polifacético que incluya refugio, alimentos, asistencia sanitaria, protección jurídica y educación puede mejorar la calidad de vida de las mujeres jóvenes implicadas en la prostitución
5	Comunidad	Haití	1) Sensibilización de la juventud 2) Educación dirigida por pares  *se han fundado dos grandes centros médicos y se ha proporcionado formación a pares, familiares y maestros para ampliar la red de apoyo de los jóvenes	Se estableció contacto con 125 000 jóvenes. 4 000 jóvenes recibieron formación sobre vida familiar y salud reproductiva.	Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale (FOSREF)	X: El hecho de que los jóvenes tengan acceso a servicios de salud acogedores constituye una parte importante de la prevención del VIH/SIDA X: La participación de los jóvenes en el desarrollo y ejecución del proyecto produce resultados positivos
6	Servicio de consulta telefónica directa	Egipto	1) Asesoramiento 2) Información	Se recibió una media de 1 000 llamadas mensuales.	Ministerio de Salud y patrocinadores privados	X: El anonimato de una línea de consulta telefónica directa sobre el SIDA puede ayudar a que las personas accedan a información y asesoramiento sobre cuestiones del sexo y la sexualidad culturalmente consideradas tabú
7	Escuela	Viet Nam	Prevención del VIH/SIDA y de las ETS basándose en conocimientos prácticos  *énfasis en cambiar los conocimientos, actitudes, valores y comportamientos  *trabajo en escuelas para proporcionar a los jóvenes aptitudes para la vida necesarias para evitar las situaciones arriesgadas y tener un comportamiento más seguro	Se desarrollaron lecciones basadas en conocimientos prácticos para 300 maestros de los cursos 1-12, y durante el primer año participaron 15 000 alumnos. 5 000 estudiantes estudiaron con formadores de la Cruz Roja.	Ministerio de Educación y Formación del Viet Nam, con el apoyo del UNICEF	X: Los enfoques centrados en las aptitudes para la vida pueden fomentar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los estudiantes de forma que se consiga una reducción del riesgo X: Los programas orientados a las aptitudes para la vida pueden resultar beneficiosos también para los maestros
8	Escuela	Uganda	1) Educación dirigida por pares 2) Programa escolar: salud en la escuela 3) Mayor acceso a la información	Estudiantes del distrito de Soroti.	Comisión sobre el SIDA de Uganda Fundación Africana de Medicina e Investigación Administración del distrito de Soroti	X: La intervención en tres partes aumentó la comunicación de abstinencia entre los estudiantes de Uganda X: Los resultados son atribuibles a la naturaleza interactiva de la intervención, y no solamente al suministro de información. X: La combinación de los elementos de la intervención ayudó a los estudiantes a procesar la noticia de que un miembro de la familia había pasado a ser VIH-positivo de tal forma que propició un cambio del comportamiento positivo

## ¿Qué funciona con los varones y las mujeres?

45

Entorno	País	Intervención	Alcance	Organismo patrocinador	Resultados/comentarios
1 Comunidad: vendedoras ambulantes	Namibia	1) Educación para la prevención *técnica visual interactiva de relato de historias *distribución de preservativos y de información 2) Educación dirigida por pares *formación de las vendedoras ambulantes en la prevención básica del VIH	Vendedoras ambulantes y sus clientes. Capacitación de formadoras en 7 de las 13 regiones administrativas de Namibia. 11 000 personas participaron en sesiones educativas.	Asociación de Vendedoras Ambulantes Okatumbatumba (una OBC)	X: Se observó que resultaba eficaz la implicación conjunta de RESULTADOS/COMENTARIOS X: Mayores conocimientos sobre el VIH y la necesidad de cambiar los comportamientos sexuales. X: La evaluación reveló una gran eficacia en la comunicación de información precisa, credibilidad y aceptación en el seno de la comunidad.
2 Asociaciones de planificación familiar	Jamaica Honduras Brasil	Prestación de servicios integrados de prevención, educación y salud *personal capacitado en salud sexual y VIH/SIDA, asesoramiento, aptitudes de comunicación, cuestiones relacionadas con el poder en función del sexo y conocimientos prácticos para ayudar a los clientes a negociar con sus parejas sexuales	Clientes y personal de asociaciones de planificación familiar	Federación Internacional de Planificación de la Familia	X: Se comentaron con más frecuencia con el personal las cuestiones de la sexualidad y el VIH/SIDA. X: Mayor probabilidad de que el personal recomendara el uso de preservativos como medio para prevenir la transmisión del VIH.
3 Comunidad (hogares de apoyo a la familia)	Zambia	Apoyo y asesoramiento *establecimiento de cuatro hogares de apoyo a la familia *club de teatro en escuela secundaria *proyecto preescolar *generación de ingresos	Madres, lactantes, niños en edad preescolar	Sociedad para las Mujeres y el SIDA en Zambia (SWAAZ)	X: Enfoque innovador y polifacético para la prevención del VIH/SIDA.
4 Diversas organizaciones	Uganda	Formación y educación participativas Proyecto Stepping Stones *centrado en las necesidades y la vulnerabilidad de las mujeres, pero también incluye a los varones *trabajo de grupo, juegos de rol, educación participativa	Comunidades y organizaciones locales de Uganda	ActionAID	X: Los participantes demostraron utilizar más los preservativos, tener menos parejas sexuales y aumentar su capacidad para rechazar los contactos sexuales no deseados. X: La reducción de la incidencia del abuso de alcohol estimuló a compartir el dinero en el hogar, así como la asistencia de los enfermos.

## ¿Qué funciona con los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones?

	Entorno	País	Intervención	Alcance	Organismo Patrocinador	Resultados/Comentarios
1	Servicios de educación y salud ya existentes	India	1) Asesoramiento 2) Distribución de preservativos/desinfectante <small>*ex usuarios y asistentes sociales proporcionan: educación, asesoramiento y apoyo</small>	Consumidores de drogas por vía intravenosa en Vepery y Royapuram	SAHAI Trust (ONG)	X: A los 18 meses de seguimiento, el 47% de las personas que se inyectaban drogas del grupo de intervención presentó una reducción en el número de ocasiones en que compartían las jeringas (cf. el 35% en testigos) X: A los 18 meses de seguimiento, el 30% de las personas que se inyectaban drogas afirmaron que siempre limpiaban las jeringas (cf. 10% en testigos)
2	Comunidad	India	1) Educación a través de la divulgación 2) Dispensarios de desintoxicación 3) Sustitución de drogas <small>*prestación de servicios integrados, incluida la educación para la prevención, la reducción del daño y la referencia a servicios *centro de encuentro y asesoramiento informal</small>	Nueva Delhi, 1 611 clientes (incluidos 365 usuarios habituales) durante un período de tres años	SHARAN (ONG)	X: En el transcurso de tres años, se comunicó una reducción del 58% en el consumo de heroína y del 30% en la inyección de drogas
3	Centros comunitarios de encuentro y asesoramiento informales	Ucrania	1) Actividades de divulgación en la comunidad 2) Suministro de preservativos/agujas <small>*dos centros de encuentro y asesoramiento informales y un centro de divulgación móvil</small>	4 889 visitas de un total de 1 216 personas registradas durante los primeros cuatro meses Distribución de 114 000 jeringas y 36 000 preservativos en los primeros seis meses	Vera, Nadezhda, Lubov (OBC)	X: A los 19 meses de seguimiento, se comunicó la reducción de los comportamientos de alto riesgo entre los clientes X: Los recursos insuficientes y la organización deficiente han limitado la eficacia del proyecto
4	Establecimientos penitenciarios y comunidad más amplia	Méjico	1) Reducción del daño y educación 2) Rehabilitación <small>*Educación a través de la divulgación *Reducción del daño (preservativos, desinfectante) *Rehabilitación</small>	Se estableció contacto con 1 380 personas que se inyectan drogas Se distribuyeron 55 373 equipos para la reducción del daño	Compañeros A.C. (ONG), Organización Panamericana de la Salud, Programa Nacional del SIDA de Méjico	X: Reducción del 25% en el consumo de marihuana, heroína y speedball, seis meses después de la rehabilitación
5	Comunidad	Belarús	1) Educación a través de la divulgación 2) Intercambio de agujas <small>*desinfectante, preservativos y folletos sobre comportamientos sexuales seguros y sobre prevención del VIH/SIDA *asesoramiento jurídico gratuito para los consumidores de drogas *diagnóstico anónimo y tratamiento de las MTS</small>	Entre 300 y 700 personas visitaron cada mes los puntos de intercambio de jeringas Reducción del riesgo de infección entre los usuarios del servicio	Padres por el Futuro de sus Hijos (ONG), Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA	X: Cambios del comportamiento constantes en favor de unos comportamientos menos arriesgados



## ¿Qué funciona con los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones?

47

	Entorno	País	Intervención	Alcance	Organismo patrocinador	Resultados/comentarios
1	Comunidad	Chile	1) Campaña de IEC 2) Formación de profesionales de la salud *una serie de talleres abiertos a varones homosexuales para fomentar los debates sinceros y el desarrollo de redes de apoyo *distribución de carteles, preservativos e información *trabajo sobre los derechos legales y humanos de los varones homosexuales	Entre 1995 y 1997, 1 576 personas participaron en 172 actividades.	Centro Lambda (ONG)	X: Mejora del perfil de las comunidades homosexuales en un contexto en el que la homosexualidad sigue siendo ilegal. X: Mayor sensibilización respecto a los derechos humanos.
2	Comunidad	Jamaica	1) Asesoramiento 2) Educación 3) Actividades de divulgación *para apoyar la reducción del riesgo entre los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones 4) Educación/asesoramiento dirigido por pares *asesoramiento disponible las 24 horas del día para los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones y para sus familias *atención de larga duración en hospicios, y talleres	Hasta el mes de agosto de 1998, 149 grupos de apoyo habían establecido contacto con 737 participantes.	Jamaica AIDS Support (ONG)	X: El 80% de los participantes aseguraron haber aumentado sus conocimientos de las prácticas de prevención y tener una percepción apropiada del riesgo. X: Aumento del 40% en el uso de preservativos, reducción del 30% en el comportamiento de alto riesgo. X: La eficacia del programa se atribuyó a la naturaleza holística de la intervención.
3	Establecimientos penitenciarios	Costa Rica	1) Talleres holísticos 2) Asesoramiento *fomento del cambio de comportamiento entre los reclusos, y cambio de actitud entre el personal penitenciario *juegos, ejercicios, juegos de rol y meditación para ayudar a los reclusos a comunicarse durante los talleres	En 1995, casi todos los establecimientos penitenciarios de Costa Rica participaban en el programa.	ILPES (ONG) y Ministerio de Justicia	X: Mayores conocimientos de la prevención del VIH/SIDA, y mayor habilidad para comunicarse con las parejas sexuales. X: Aumento en el uso confirmado de preservativos y clara mejora de la atmósfera social en los establecimientos penitenciarios.
4	Comunidad	Bangladesh	1) Fomento del preservativo y divulgación 2) Asesoramiento *fortalecimiento de las redes sociales informales fuera del entorno sexual *enfoque interactivo de la educación y la salud	Octubre de 1997 - enero de 1998: 960 visitas de clientes, 4 500 preservativos distribuidos, 1 900 contactos en locales públicos de ambiente sexual	Sociedad Bandhu para el Bienestar Social (ONG)	X: Se demostró el valor positivo del enfoque que utiliza redes sociales/de amistad. X: Los clientes valoraron el enfoque holístico y no clínico.
5	Comunidad	República Sudafricana	1) Asesoramiento telefónico 2) Actividades de divulgación y distribución de preservativos *organizado a partir de la idea de que fortalecer la identidad homosexual y combatir la homofobia son aspectos esenciales para prevenir con éxito el VIH	Junio de 1997 - junio de 1998: distribución de 236 200 preservativos, 30 000 sobres de lubricante y 37 000 folletos	Triangle Project (ONG)	X: Mayores conocimientos y cambios en las actitudes frente a la homosexualidad. X: Mejora de la educación y de los servicios de salud orientados a varones homosexuales.

## ¿Qué funciona con los profesionales del sexo y sus clientes?

48

	Entorno	País	Intervención	Alcance	Organismo patrocinador	Resultados/Comentarios
1	Comunidad. Varones profesionales del sexo	Marruecos	1) Educación inter pares 2) Actividades de divulgación *Educación inter pares, asesoramiento, distribución de preservativos, referencias a servicios de salud locales para el diagnóstico de ETS y su tratamiento. Asesoramiento y pruebas del VIH.	17 000 contactos individuales durante un período de 10 meses en 1995.	Association de Lutte contre le SIDA (ALCS)	X: Aumento constatado en el uso sistemático de preservativos. X: Aumento en el uso de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH.
2	Comunidad. Mujeres profesionales del sexo	Venezuela	Educación inter pares *mejorar la calidad de vida y proteger los derechos civiles y humanos de los profesionales del sexo *fomentar la autoestima, la salud sexual y reproductiva, la prevención de ETS/VIH y el uso de preservativos	25 000 mujeres profesionales del sexo en Caracas.	Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Recíproca (ONG)	X: Mejora de la calidad de vida para los profesionales del sexo. X: Mayor sensibilización respecto a los derechos civiles y humanos. X: Reducción del riesgo de infección por el VIH.
3	Comunidad. Mujeres profesionales del sexo	Camerún	1) Divulgación en zonas urbanas 2) Educación dirigida por pares *sesiones semanales de educación en bares, prostíbulos, dispensarios de ETS, barrios *distribución de preservativos *actuaciones teatrales	Entre 1993 y 1996, formación de 200 educadores inter pares, 5 000 sesiones educativas y unos 500 000 contactos estimados.	AIDSCAP	X: Mayor conocimiento de la prevención. X: Aumento en el uso del preservativo, reducción de las violaciones en grupo. X: Reducción de los niveles de infección.
4	Comunidad. Mujeres profesionales del sexo	Papua Nueva Guinea	1) Actividades de divulgación 2) Talleres de política sanitaria 3) Asesoramiento y pruebas del VIH *Educación a través de la divulgación/distribución de preservativos *Talleres de políticas para reducir las sesiones de violación en grupo por oficiales de la policía *Establecimiento de un dispensario para profesionales del sexo que ofrece asesoramiento y pruebas del VIH *grupos de teatro y música para ayudar a difundir la información	Desde 1996 hasta 1997 se distribuyeron entre 1,5 y 2 millones de preservativos masculinos y 5 000 preservativos femeninos. A mediados de 1998 se había formado a 403 educadores inter pares.	Instituto de Investigación Médica de Papua Nueva Guinea	X: Mayor demanda de preservativos. X: Aumento en el uso conocido de preservativos. X: Disminución de las sesiones de violación en grupo. X: Reducción de los niveles de acoso sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

Abdul-Quader, A.S., Des Jarlais, D.C., Chatterjess, A., Hirky, A.E. y Friedman, S.R. (1999). Interventions for injecting drug users. En: Gibney L, DiClemente R.J. y Vermund S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Aggleton, P., Khan, S. y Parker, R. (1999). Men who have sex with men. En: Gibney, L. DiClemente, R.J. y Vermund, S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Aggleton, P. y Rivers, K. (1999). Interventions for adolescents. En: Gibney, L., DiClemente, R.J., y Vermund, S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Alexander P. (1996). Making a living: Women who got out. En: Long L.D., Ankrah E. M. (eds.), *Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective*. Nueva York, Columbia University Press.

Crawford J., Lawless S., y Kippax S. (1997). Positive women and heterosexuality: problems of disclosure of serostatus to sexual partners. En: Aggleton P., Davis P., Hart G. (eds.), *AIDS: Activism and Alliances*. Londres, Inglaterra, Taylor y Francis.

Davis, A.G., Dominy, N.J., Peters A.D., *et al.* (1996). Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh. *AIDS care*, 8(5):517-527.

Gallois C., Statham D., y Smith S. (1992). *Women and HIV/AIDS Education in Australia*. Canberra, Australia, Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services.

Gibney, L., DiClemente, R.J., y Vermund, S.H. (eds.). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Giffin, K. (1998). Beyond Empowerment: Heterosexualities and the prevention of AIDS. *Social Science and Medicine*, 46(2): 151-16.

Goodridge, G.A.W. y Lamptey, P.R. (1999). HIV prevention in the general population. En: Gibney, L., DiClemente, R.J., y Vermund, S.H. (eds.). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Grunseit, A. (1997). *Impact of HIV and Sexuality Education on the Sexual Behaviour of Young People: A review update*. Ginebra, ONUSIDA.

Gupta G.R., Weiss, E., y Mane, P. (1996). Talking about Sex: A prerequisite for AIDS prevention. En: Long, L.D., Ankrah, E.M. (eds.), *Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective*, Nueva York, Columbia University Press.

International Center for Research on Women. (1999). *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the developing world*. Washington, DC, International Center for Research on Women.

Long, L.D., y Ankrah, E.M. (eds.), (1996) *Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective*. Nueva York, Columbia University Press.

Mane, P., Gupta, G.R., y Weiss, E. (1994). Effective Communication between Partners: AIDS and risk reduction for women. *AIDS*, 8(suppl. 1): S325-331.

MAP (2000). *The Status and Trends of the HIV/AIDS Epidemics in the world*. Provisional Report, 5-7 de julio. Washington, International Programs Center, Population Division, US Census Bureau.

McKenna, N. (1996). *On the Margins: Men who have sex with men and HIV in the developing world*. Londres, Panos Institute.

National Research Council (1996). *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, National Academy Press.

Ngugi, E.N., Branigan, E. y Jackson, D.J. (1999). Interventions for Commercial Sex Workers and their Clients. En: Gibney, L., DiClemente, R.J., y Vermund, S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

ONUSIDA (1998a) *A Measure of Success in Uganda*. Ginebra, Case Study ONUSIDA.

ONUSIDA (1998b) *Relationships of HIV and STD Declines in Thailand to Behavioural Change – A synthesis of existing studies*. Ginebra, UNAIDS Best Practice Collection Key Material.

ONUSIDA (1998c) *Partners in Prevention: International case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS*. Ginebra, UNAIDS Best Practice Key Material.

ONUSIDA (1998d) *Expanding the Global Response to HIV/AIDS through Focused Action*. Ginebra, UNAIDS Best Practice Collection Key Material.

ONUSIDA (1999) *Summary Booklet of Best Practice Collection*. Número 1. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA (2000) *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra, ONUSIDA.

Piot, P. y Aggleton, P. (1998). The Global Epidemic. *AIDS Care*, 10 (Suppl. 12): S200-208.

Rivers, K., Aggleton, P., Elizondo, J., Hernández, G., Herrera, G., Mane, P., Niang, C.I., Scott, S., y Setiadi, B. (1998). Gender Relations, Sexual Communication and the Female Condom. *Critical public health*, 8(4): 273-290.

Rivers, K. y Aggleton, P. (1999). *Men and the HIV Epidemic*. Nueva York, UNDP.

Stimson, G.V. (1994). Reconstruction of Subregional Diffusion of HIV Infection among Injecting Drug Users in Southeast Asia: Implications for early intervention. *AIDS*, 8(11): 1630-1632.

Stimson, G.V. (1995). AIDS and Injecting Drug Use in the United Kingdom, 1987-1993: The policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine*, 41(5):699-716.

Swart-Kruger, J. y Richer, L.M. (1997). AIDS-related knowledge, Attitudes and Behaviour among South African Street Youth: Reflections on power, sexuality and the autonomous self. *Social Science and Medicine*, 45(6):957-966.

Wellings, K. y Field, B. (1996) *Stopping AIDS: AIDS/HIV public education and the mass media in Europe*. Harlow, Longman.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es el principal impulsor de la acción mundial contra el VIH/SIDA. Reúne a siete organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA moviliza las respuestas de sus siete organizaciones copatrocinadoras a la epidemia y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH en todos los frentes: médico, de la salud pública, social, económico, cultural, político y de los derechos humanos. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y de ONG, empresariales, científicos y de otros campos- para compartir conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas más allá de los límites de las fronteras.

Es mucho lo que se ha aprendido durante los dos últimos decenios sobre la prevención del VIH. Parte de estos nuevos conocimientos provienen de estudios de evaluación, revisiones de programas, documentación de buenas prácticas ya existentes, metaanálisis y revisiones realizados cuidadosamente, y de las observaciones de trabajadores sobre el terreno, de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de profesionales médicos del fomento de la salud. Todas esas fuentes de información han demostrado su utilidad a la hora de identificar las intervenciones más apropiadas y prometedoras. Proporcionando diferentes tipos de información, cada una de las fuentes de información contribuye a nuestros conocimientos sobre lo que puede “funcionar” en la prevención del VIH.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

**Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)**

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](mailto:unaids@unaids.org)

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