

Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH:



una vía de acceso a la prevención y la atención

Cinco estudios de caso relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, la tuberculosis, los jóvenes y el acceso a grupos de población general



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

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

ONUSIDA
Estudio de caso

marzo de 2003

El presente documento se preparó bajo la dirección del Equipo Interpaíses del ONUSIDA para África Oriental y Meridional, Pretoria (República de Sudáfrica).

Nicola Oberzaucher y Rachel Baggaley

escribieron el documento a petición del ONUSIDA.

Los miembros del personal del ONUSIDA responsables fueron: Catherine Sozi y Sandra Anderson del Equipo Interpaíses del ONUSIDA para África Oriental y Meridional, Pretoria (República de Sudáfrica); Jeanette Olsson y David Miller, ONUSIDA, Ginebra (Suiza).

Fotógrafos: Nicola Oberzaucher, Rachel Baggaley, Nomajoni Ntombela.

Foto de portada: Nomajoni Ntombela

Proyecto experimental de Ndola:

Tutelaje en la sala de maternidad en el dispensario Lubuto

ONUSIDA/03.05S (versión española, marzo de 2003)

ISBN 92-9173-181-1

Versión original inglés, UNAIDS/02.24E, junio de 2002:

HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2003.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

El presente documento 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 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.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

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

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH: una vía de acceso a la prevención y la atención

Cinco estudios de caso
relacionados con la
prevención de la transmisión
maternoinfantil del VIH,
la tuberculosis, los jóvenes
y el acceso a grupos de
población general



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

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

Índice

Abreviaturas y acrónimos	4
Agradecimientos	5
Prólogo	6
Introducción	8
1. Selección de estudios de caso	11
2. Estudios de caso sobre APV en áreas temáticas clave	14
2.1 El APV como punto de acceso a las intervenciones que previenen la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH	14
2.2 El APV como vínculo entre los programas del VIH/SIDA y la tuberculosis	30
2.3 El APV y los jóvenes	41
2.4 Los servicios de APV dirigidos a grupos de población general	52
3. Enfoques y cuestiones generales del APV	57
3.1 Objetivos y principios comunes	57
3.2 Principales desafíos interdisciplinarios	58
3.3 Entornos y gestión de los servicios de APV	60
3.4 Estrategias de pruebas	62
3.5 Población destinataria y uso de los servicios	64
3.6 Divulgación comunitaria	69
3.7 Suministro de servicios de APV	71
3.8 Capacitación del personal de APV	74
3.9 Gestión y tutelaje del personal de APV	76
3.10 Servicios posteriores a la prueba	79
3.11 Cauces de información, educación y comunicación (IEC)	86
3.12 Asociaciones y vínculos	87
3.13 Vigilancia y evaluación	92
3.14 Financiación y costos	96
Conclusiones	99
ANEXO I – Direcciones de contacto	103
ANEXO II – Bibliografía	105

Abreviaturas y acrónimos

APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
ARV	Antirretrovírica
CTX	profilaxis con cotrimoxazol
DART	Proyecto experimental de terapia antirretrovírica (Sudáfrica)
DHMT	Equipo de Gestión de la Salud del Distrito de Ndola (Zambia)
DOTS	tratamiento breve bajo observación directa
ELISA	prueba de inmunosorción enzimática
HAART	tratamiento antirretrovírico de alta potencia
IEC	información, educación y comunicación
ITS	infecciones de transmisión sexual
KCTT	Fondo de Asesoramiento y Capacitación Kara (Zambia)
NDP	Proyecto experimental de Ndola (Zambia)
NORAD	Organismo Noruego de Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PAC	plan de acción comunitaria
PETRA	ensayo sobre la transmisión perinatal
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
RAP	reflexión y acción participatorias
SAINT	Prueba Sudafricana de Nevirapina Interparto
TMI	transmisión maternoinfantil
TPI	terapia preventiva con isoniazida
TPTB	terapia preventiva de la TB
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
SSRJ	servicios de salud respetuosos con los jóvenes
ZAMBART	Tuberculosis Relacionada con el SIDA de Zambia
ZAPSO	Organismo de Apoyo y Prevención del SIDA de Zimbabwe

Agradecimientos

Deseamos agradecer el apoyo prestado por las siguientes personas al desarrollo y la revisión del presente documento:

En Sudáfrica:

- Glenda Gray y James McIntyre, Proyecto experimental de terapia antirretrovírica (DART), Unidad de Investigación del VIH Perinatal
- Harry Hausler, Departamento de Salud
- Pren Naidoo, Proyecto piloto de TB/VIH

En Zambia:

- Stanley Chama, Ignatius Kayawe y la hermana Shirley Mills, Fondo de Asesoramiento y Capacitación Kara
- Mwate Chintu, Comisión Nacional de Nutrición Alimentaria
- Mary Kroeger y Nomajoni Ntombela, Proyecto LINKAGES
- Earnest Muyunda, Equipo de Gestión de la Salud del Distrito de Ndola
- Karen Shelley, USAID

En Zimbabwe:

- Sarah Godfree y Evelyn Serima, ZAPSO

En Suiza:

- Scott McGill y Kathleen Casey, OMS, Ginebra

Prólogo

El número estimado de personas que, para finales de 2001, vivían con el VIH/SIDA era de 40 millones, en su mayoría adultas, de las que 28,1 millones vivían en África subsahariana. En 2001, se estima que hubo unas 14 000 nuevas infecciones cada día, y de ellas, la mayoría ocurrieron en países en desarrollo, en personas de edades comprendidas entre 15 y 49 años; con casi 50% entre 15 y 24 años.

La *Declaración de compromiso* adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en junio de 2001, puso de manifiesto la necesidad urgente de que los países desarrollaran o aumentaran los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH. Señaló el compromiso de las naciones participantes de: “Para 2005, asegurarse de que en todos los países [...] haya una amplia gama de programas de prevención [...], que incluyan [...] un mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales”.

El asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH (en adelante APV) es el proceso mediante el cual una persona recibe asesoramiento para poder decidir con fundamento si se someterá a la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La decisión debe depender por completo de la persona y hay que asegurarse que el proceso será confidencial.

El APV constituye no sólo un componente clave de los programas de prevención y atención del VIH sino también la *puerta de acceso* a la prevención y la atención. A fin de responder con eficacia a las opciones de cada uno de esos dos elementos, es preferible que una persona conozca su estado serológico respecto al VIH. El desarrollo de un número creciente de intervenciones médicas y de apoyo eficaces y accesibles para las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) significa que los servicios de APV se están promoviendo y desarrollando más ampliamente y muchos países en desarrollo están institucionalizando gradualmente el APV como parte del conjunto de medidas de atención primaria de salud. También se ha demostrado que el APV es una intervención rentable para la prevención del VIH.

A lo largo de los últimos años, en la región de África meridional han surgido modelos de suministro de servicios de APV en algunas de las áreas clave, tales como la transmisión maternoinfantil (TMI), la tuberculosis (TB) y los servicios respetuosos con los jóvenes. Aunque esos modelos han sido escasos y alejados unos de otros, han servido para adquirir enseñanzas y enfoques importantes y esta publicación documenta las experiencias de tres países: Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe.

Estos modelos pueden parecer específicos de los países en los que se han desarrollado, pero consideramos que los enfoques utilizados pueden ayudar a que otros países con pocos recursos aumenten los muy necesarios servicios de APV.

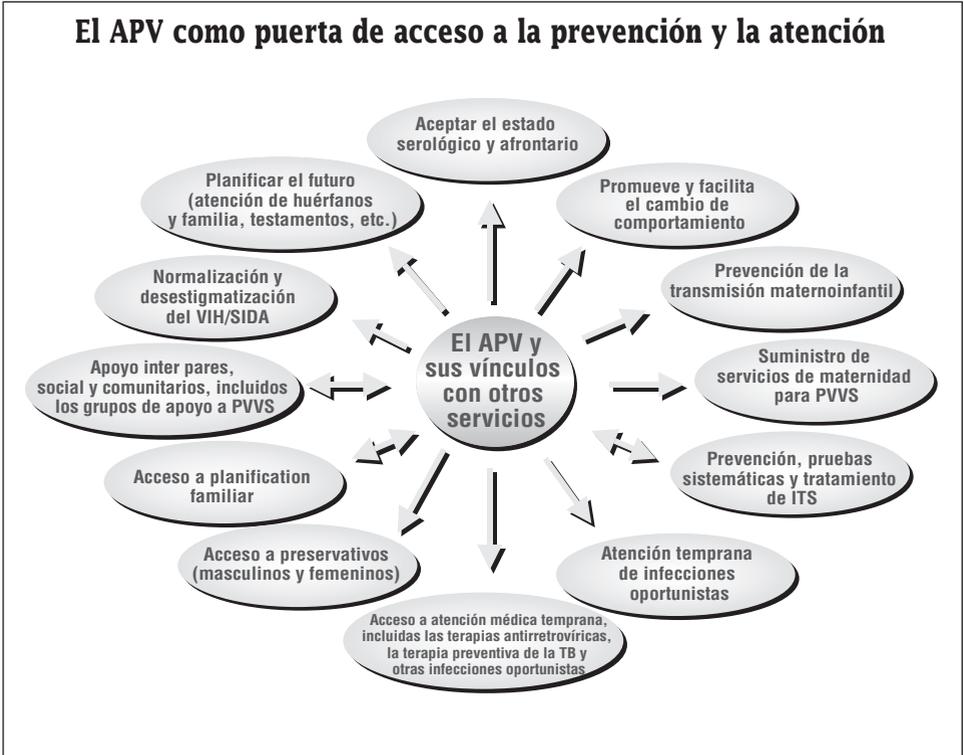
Catherine Sozi
Equipo Interpaíses del ONUSIDA
para África Oriental y Meridional
Pretoria
Sudáfrica

David Miller y Jeanette Olsson
ONUSIDA
Ginebra
Suiza

Introducción

El asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH (APV) es el proceso mediante el cual una persona recibe asesoramiento para poder decidir con fundamento si se someterá a la prueba del VIH¹. En los últimos años, la prueba voluntaria del VIH, combinada con el asesoramiento previo y posterior a la prueba, ha alcanzado una importancia creciente en los esfuerzos nacionales e internacionales de prevención y atención. Conocer el estado serológico mediante el APV puede ser una razón motivadora para que las personas tanto seropositivas como seronegativas adopten un comportamiento sexual más seguro que haga posible que las personas seropositivas eviten infectar a sus parejas sexuales y que las personas seronegativas continúen siéndolo. Esta intervención facilita asimismo el acceso de las personas seronegativas a los servicios de prevención y es un punto de entrada clave a los servicios de atención y apoyo para las que están infectadas por el VIH. Incluye el acceso a intervenciones para reducir la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH, intervenciones para prevenir infecciones oportunistas (por ejemplo, la terapia preventiva de la tuberculosis y la profilaxis para otras infecciones) y otros servicios médicos y de apoyo que pueden contribuir a que las personas seropositivas gocen de una vida más larga y saludable.

¹ APV: Actualización Técnica del ONUSIDA, mayo de 2000.



Fuente: Asesoramiento y pruebas voluntarias: Actualización ONUSIDA, septiembre de 2000

Conocer y aceptar el propio estado serológico respecto al VIH permite a la persona seropositiva planificar su futuro y el de los que dependen de ella. Las experiencias programáticas también han puesto de manifiesto que el APV es uno de los factores que ayudan a reducir el estigma y el secretismo que rodean al VIH/SIDA.

Con el fin de facilitar un aumento progresivo más rápido de las actividades

de prevención y atención del VIH/SIDA satisfactorias, el ONUSIDA documenta y difunde modelos de “prácticas óptimas”. Se necesita más que nunca documentación de modelos de prácticas óptimas relativas al APV, dadas las presiones de los países para que se identifiquen enfoques éticos para el asesoramiento y las pruebas, y para que se amplíen los servicios de APV nuevos o existentes.

El propósito de la presente publicación es describir las experiencias de cinco programas en África subsahariana y los problemas a los que tuvieron que hacer frente. Esos programas desarrollaron prácticas eficaces y aplicaron enfoques originales y fructíferos con respecto al APV en cuatro áreas clave, a saber:

- **prevención de la transmisión maternoinfantil**
- **tuberculosis (TB)**
- **jóvenes**
- **grupos de población general**

Muchas de las enseñanzas y enfoques descritos en relación con el APV pueden transferirse de país y de cultura, y pueden fortalecerse mediante la movilización de la comunidad y las medidas de política pública.

Esta publicación se divide en tres capítulos. El presente capítulo introductorio va

seguido de un capítulo sobre estudios de caso de APV en cuatro áreas temáticas clave. Cada estudio de caso describe los antecedentes e historial de los proyectos y organizaciones seleccionados, ofrece un panorama general del área temática específica y pone de relieve enfoques clave para la prestación de servicios de APV en relación con el área temática. El tercer capítulo, sobre enfoques y cuestiones generales relativas al APV, resume cuestiones tratadas en el capítulo anterior y ofrece información más detallada sobre los programas seleccionados en 14 áreas, tales como estrategias de pruebas, población destinataria y uso de los servicios, divulgación comunitaria, suministro de servicios de APV, capacitación del personal de APV, servicios posteriores a las pruebas y otras. En cada una de esas áreas se ponen de relieve enseñanzas adquiridas y problemas actuales. Al final de la publicación, se extraen conclusiones de los cinco estudios de caso.

1. Selección de estudios de caso

En muchos países existen iniciativas nacionales y locales que promueven el APV como parte de los esfuerzos para estimular a un número mayor de personas con miras a que determinen su estado serológico con respecto al VIH. El número de proveedores de servicios de APV, incluidas las instituciones gubernamentales, las ONG y las instituciones privadas, ha aumentado a lo largo de los últimos años. Los gobiernos y los donantes internacionales están fortaleciendo su apoyo técnico y económico para mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de APV.

En la selección de los casos que aparecen en esta publicación, el ONUSIDA ha aplicado los criterios básicos de las prácticas óptimas que guían sus esfuerzos para identificar, desarrollar y ser fuente de prácticas óptimas internacionales: pertinencia, eficiencia, eficacia, sostenibilidad e idoneidad ética.

Se han seleccionado cinco programas de APV por sus enfoques satisfactorios para promover y prestar servicios de APV, ofrecer atención y apoyo después de las pruebas, y prevenir nuevas transmisiones del VIH. Los cinco programas se localizan en África meridional, específicamente Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe. Funcionan en entornos con pocos recursos y sus experiencias pueden servir para que naciones y donantes pasen de la toma de conciencia sobre la magnitud del problema a una mayor acción, especialmente en cuanto a aumentar progresivamente los servicios de APV.

Tres estudios de caso describen proyectos relativamente nuevos, iniciados en 2000 en diversos dispensarios de salud primaria y un hospital.

Los servicios de APV se introdujeron o se ampliaron de modo considerable por medio de los proyectos, entre los que figuran los siguientes:

- El **Proyecto experimental de terapia antirretrovírica (DART)** en Soweto (Sudáfrica), ejecutado por la Unidad de Investigación del VIH Perinatal de la Universidad de Witwatersrand.
- El **Proyecto experimental de Ndola (NDP)** en la provincia de Copperbelt (Zambia), ejecutado por el Equipo de Gestión de la Salud del Distrito de Ndola (DHMT), con el apoyo del Proyecto LINKAGES, financiado por USAID.
- El **Proyecto piloto de TB/VIH** de la provincia de El Cabo Occidental (Sudáfrica), ejecutado por la Autoridad Local y la Administración Provincial bajo la dirección del Ministerio de Salud y la OMS.

Dos de las organizaciones seleccionadas son ONG locales de Zambia y Zimbabwe, que han venido ofreciendo durante varios años servicios de APV:

- El **Fondo de Asesoramiento y Capacitación Kara (KCTT)**, en Lusaka y Choma (Zambia);
- El **Organismo de Apoyo y Prevención del SIDA de**

Zimbabwe (ZAPSO), en Harare, Chitungwiza, Masvingo y Gutu (Zimbabwe).

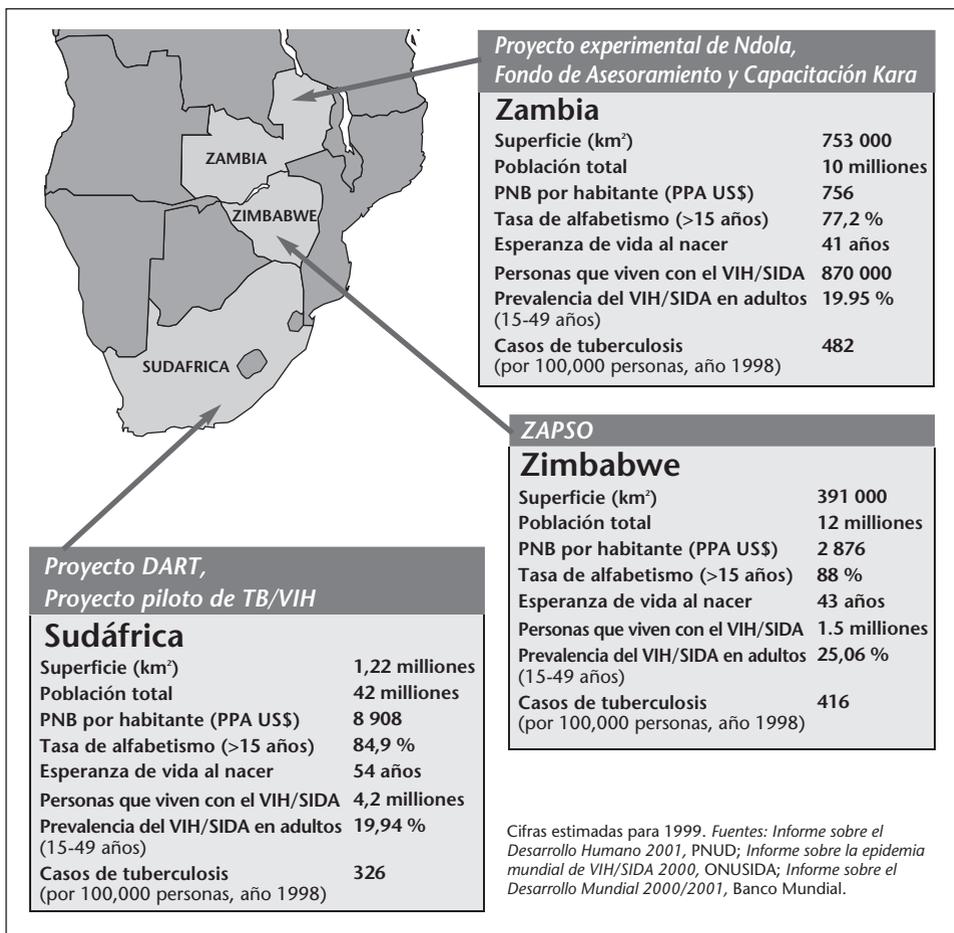
En la prestación de servicios de APV, existen principios generales que pueden aplicarse en cualquier contexto y lugar del mundo. Entre ellos:

- los servicios ofrecidos deben ser confidenciales; esto significa que el resultado de la prueba del VIH sólo se comunica a la persona que se somete a ella, y que todo cuanto se discute entre el asesor y el cliente durante el periodo previo y posterior a la prueba así como el asesoramiento continuo son confidenciales, salvo cuando los clientes desean incluir a compañeros, familiares, amigos u otras personas en el proceso (confidencialidad compartida);
- la asistencia es voluntaria; esto significa que la decisión de someterse a la prueba del VIH debe corresponder únicamente a la persona;
- debe ofrecerse asesoramiento tanto antes como después de la prueba a todos los clientes que acceden a estos servicios;
- no debe discriminarse a los clientes cuya prueba resulta seropositiva; y
- los clientes deben tener acceso a servicios de prevención, atención y apoyo continuos.

Aunque todos los programas examinados adoptan estos mismos principios, tienen diferentes enfoques respecto a la prestación del servicio de APV, dependiendo de su atención particular en gru-

pos de clientes específicos y/o el énfasis en el APV como punto de acceso a intervenciones específicas. Esos enfoques se desarrollan con más detalle infra, dentro de las cuatro áreas temáticas clave.

Emplazamiento de los proyectos e información sobre los países



2. Estudios de caso sobre APV en áreas temáticas clave

2.1 El APV como punto de acceso a las intervenciones que previenen la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH

“[...] Para 2005, reducir el número de lactantes infectados por el VIH en un 20% y para 2010, en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas por el VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas por el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente a la terapia antirretrovírica y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y al suministro ininterrumpido de servicios de atención.”

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, junio de 2001

En los últimos años se ha aprendido mucho sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH mediante medicamentos

antirretrovíricos y otras intervenciones, además de la prevención primaria de la infección por el VIH entre mujeres en edad de procrear. Estas intervenciones se apoyan de modo sustancial en la identificación de mujeres embarazadas infectadas por el VIH. El APV es, por consiguiente, un componente esencial de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil.

Se describen en esta sección dos estudios de caso relacionados con programas de APV y de prevención de la transmisión maternoinfantil:

- el **Proyecto experimental de terapia antirretrovírica (DART)**, en Sudáfrica; y
- el **Proyecto experimental de Ndola (NDP)**, en Zambia.

Visión general del Proyecto experimental de terapia antirretrovírica (DART)

El Proyecto DART es ejecutado por la Unidad de Investigación del VIH Perinatal del hospital Chris Hani Baragwanath. El proyecto se emplaza actualmente en el hospital y en dos centros de salud comunitarios: Zola y Lillian Ngoyi, en Soweto (Sudáfrica). Se calcula

que Soweto, el mayor municipio de Sudáfrica y uno de los mayores asentamientos urbanos de África, tiene entre 2,5 y 5 millones de habitantes. El hospital Chris Hani Baragwanath es uno de los hospitales más grandes del mundo y es el único que opera en la zona de Soweto. Es asimismo un centro de referencia para embarazos problemáticos procedentes de las unidades de partos de 11 centros de salud comunitarios de Soweto, entre ellos Zola y Lillian Ngoyi. A finales de 2000, la tasa de seroprevalencia entre las mujeres embarazadas en el servicio de maternidad del hospital Chris Hani Baragwanath era superior al 27%. Las mujeres jóvenes parecen sufrir el mayor riesgo.

Desde 1987, el hospital Chris Hani Baragwanath ofrece a las mujeres embarazadas pruebas voluntarias del VIH. En 1991, se creó en el hospital el Centro del VIH Perinatal, que ofrece servicios de asesoramiento y atención a mujeres embarazadas seropositivas. La Unidad de Investigación, vinculada al Centro del VIH Perinatal, participó y aún participa en diversos proyectos de investigación sobre prevención de la transmisión maternoinfantil, y fue también uno de los sitios multicéntricos para el estudio PETRA, que contó con el apoyo del ONUSIDA. Los hallazgos de investigación de estos estudios, incluida la Prueba Sudafricana de la Nevirapina Interparto (SAINT), condujeron al inicio, en septiembre de 2000, del Proyecto experimental de terapia antirretrovírica

(DART). Existen planes de ampliar el suministro del servicio de APV y el acceso a intervenciones de prevención de la transmisión materno-infantil a otros ocho dispensarios con unidades de obstetricia en el área de Soweto.

Los objetivos del componente de prevención de la TMI del DART son:

- ofrecer mejor acceso a los servicios de APV y establecer la viabilidad y aceptación de pruebas rápidas in situ;
- poner en práctica el tratamiento HIVNET012 para la prevención de la TMI (una sola dosis oral de Nevirapina autoadministrada por la madre al comienzo del parto y una sola dosis administrada al lactante durante las primeras 72 horas de vida);
- modificar las prácticas de obstetricia para reducir al mínimo el riesgo de TMI, por ejemplo, evitar la ruptura de membranas, las episiotomías y la succión del recién nacido; y
- asegurar prácticas más seguras de alimentación del lactante para las mujeres seropositivas.

Visión general del Proyecto experimental de Ndola (NDP)

El Proyecto experimental de Ndola es ejecutado por el Equipo de Gestión de la Salud del Distrito de Ndola y recibe apoyo técnico y económico del Proyecto

LINKAGES, que financia USAID. El proyecto está basado en Ndola, la mayor ciudad de la provincia de Copperbelt, en Zambia. Alrededor de 200 000 personas viven en la zona de experimentación del proyecto. Se calcula que la tasa de prevalencia del VIH es del 19,7% en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. Los resultados de una evaluación realizada en 1997 sobre la alimentación del lactante en el contexto del VIH/SIDA mostraron que, aunque más del 95% de los niños de Zambia son amamantados durante el primer año de vida, sólo el 26% de los niños de 0 a 3 meses reciben únicamente leche materna. Entre los agentes de salud en zonas donde hay una alta prevalencia del VIH, existen dudas acerca del asesoramiento que deben dar a las mujeres en cuanto a la alimentación del lactante. La mayoría de las mujeres desconoce su estado serológico con respecto al VIH. En Zambia aún prevalece en alto grado el estigma en torno al VIH y se considera seropositivas a las mujeres que no amamantan a sus hijos.

Para dar seguimiento a las recomendaciones basadas en esta evaluación, en el primer trimestre de 2000 se inició el Proyecto experimental de Ndola para integrar el asesoramiento sobre alimentación del lactante y VIH/SIDA en los servicios comunitarios y de salud materno-infantil. El objetivo del proyecto es capacitar a las mujeres y a sus familias para que decidan con fundamento y actúen con eficacia para alimentar ópti-

mamente a sus hijos lactantes en el contexto del VIH/SIDA, contando con el apoyo social de sus parejas y de la comunidad. Se hace un esfuerzo especial para entrar en contacto con los varones y los miembros de la familia mediante la participación de las comunidades.

El dispensario Lubuto y los seis centros de salud vecinos y las comunidades de los alrededores en el distrito de Ndola fueron elegidos como lugares de ejecución del proyecto debido a los vigorosos esfuerzos de movilización comunitaria contra el VIH/SIDA realizados por el distrito. A partir de 2001, el proyecto se reproducirá en otros cinco lugares. El NDP forma parte de los esfuerzos nacionales de dar respuesta a la transmisión maternoinfantil del VIH.

Los principales objetivos del proyecto son:

- integrar el APV y un asesoramiento mejor sobre las prácticas de

alimentación del lactante y nutrición materna en los servicios comunitarios y de atención de salud;

- introducir el APV en la salud maternoinfantil como un servicio continuo que esté disponible para las mujeres embarazadas y sus parejas en los servicios de atención prenatal, posnatal y de planificación familiar, en los servicios curativos y mediante remisiones de miembros de la comunidad;
- crear un ambiente mejor para el asesoramiento a fin de asegurar intimidad y confidencialidad;
- fortalecer los sistemas de referencia entre el dispensario, la comunidad y los hospitales de distrito; y
- ocuparse, en la concepción del proyecto y en su ejecución, de la cuestión del estigma relacionado con la lactancia no materna.

Cuadro 1

El APV y las intervenciones de prevención de la TMI

A finales de 2000 se calculaba que, desde el comienzo de la epidemia, 3,8 millones de niños habían fallecido de SIDA antes de cumplir 15 años. Actualmente, 1,3 millones más de niños viven con el VIH, y la mayoría morirá antes de alcanzar la adolescencia. Más de nueve de cada diez niños de este grupo nacieron en África subsahariana. La inmensa mayoría de los niños con el VIH se infectan por vía transplacentaria, durante el parto y al nacer, o después del nacimiento al ser amamantados. Al carecer de intervenciones, cerca de la tercera parte de las madres seropositivas transmitirán el virus a sus hijos lactantes por medio de una de estas tres vías.



La mayoría de los casos de transmisión maternoinfantil del VIH se producen al dar a luz o en una fase avanzada del embarazo. Entre un tercio y la mitad de las infecciones se producen durante el amamantamiento. Existen diversos factores, no todos aún plenamente aclarados, que influyen en la probabilidad de que un lactante se infecte, entre ellos factores víricos, maternos, obstétricos, fetales y neonatales. La elevada carga vírica materna (es decir, los niveles de virus en los líquidos orgánicos de una mujer embarazada), por ejemplo en el momento de la seroconversión o en una fase avanzada de la enfermedad, se considera un factor principal en la transmisión.

Entre las intervenciones para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH se encuentran las intervenciones terapéuticas y obstétricas y la modificación de las prácticas de alimentación del lactante. El conocimiento por parte de las mujeres de su estado serológico con respecto al VIH es fundamental para que tanto ellas como sus familias puedan beneficiarse de las intervenciones para prevenir la transmisión maternoinfantil. Algunas medidas, por ejemplo el asesoramiento sobre la alimentación del lactante y la evitación de procedimientos agresivos durante el parto, deben ser la norma para todas las mujeres embarazadas en zonas donde se da una alta prevalencia del VIH, al margen del conocimiento sobre el estado serológico con respecto al VIH.

En los países de ingresos elevados, la mayoría de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH deciden tomar combinaciones de medicamentos antirretrovíricos, que reducen de modo notable el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH. Esos tratamientos son relativamente caros y complicados de administrar. Por consiguiente, para la mayoría de las mujeres que viven en países en desarrollo, el acceso a estos medicamentos es mínimo. No obstante, ensayos más recientes (principalmente el HIVNET 012) han puesto de manifiesto resultados esperanzadores con tratamientos menos costosos y más breves. A raíz de estos resultados, un número creciente de países en desarrollo han establecido proyectos piloto, que dan acceso a las mujeres embarazadas seropositivas a intervenciones antirretrovíricas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH durante el parto y el alumbramiento. En consecuencia, el acceso al APV es esencial como condición previa.

El riesgo de transmisión a través de la leche materna depende de factores tales como la salud y el estado inmunológico de la madre, abscesos mamarios, mastitis, grietas en los pezones, candidiasis orofaríngea en el niño, y las prácticas y duración del amamantamiento. Los índices de transmisión parecen ser más elevados con la alimentación mixta del lactante que con el amamantamiento exclusivo. El asesoramiento relativo a la alimentación del lactante puede ayudar a las mujeres a tomar una decisión fundamentada para alimentar de modo óptimo a sus hijos lactantes.



Entre las estrategias de prevención de la TMI figuran:

- la prevención primaria del VIH entre futuros padres;
- un mejor acceso a la información y a los servicios de planificación familiar para los padres seropositivos; y
- la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo cuando la madre es seropositiva.

Entre los enfoques clave adoptados por el Proyecto experimental de Ndola y el DART en relación con el APV y la prevención de la TMI figuran los siguientes:

- promoción de los servicios de APV entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal y sus parejas;
- integración de los servicios de APV en los servicios maternoinfantiles;
- combinación de asesoramiento sobre alimentación del lactante y APV;
- participación de los asesores de APV en intervenciones antirretrovíricas;
- capacitación de las parteras y del personal clínico prenatal;
- acceso a apoyo psicosocial y a atención médica; y
- participación de los proveedores de servicios comunitarios en el apoyo a las madres y en la promoción del APV.

Promoción de los servicios de APV entre las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de atención prenatal y sus parejas

Es muy frecuente que las mujeres que acuden a los servicios prenatales de los hospitales y los dispensarios sepan poco o nada sobre la transmisión maternoinfantil del VIH y sobre el APV. Esto sucede incluso en lugares con una elevada prevalencia del VIH. Por consiguiente, los agentes de salud y los asesores de APV de los dos proyectos dirigen sesiones de información/educación y demostración de grupo para todas las mujeres que aguardan en las salas de espera de los servicios de atención prenatal. En el NDP, las charlas sobre salud en los dispensarios y otros lugares de la comunidad (por ejemplo, en puntos de vigilancia del crecimiento) también las dirigen los proveedores de servicios comunitarios (véase cuadro 2) y el proyecto tiene mucho éxito a la hora de

conseguir la participación de los varones como animadores. Durante estas sesiones, se habla sobre diversas cuestiones relativas al embarazo y el parto, entre ellas el VIH/SIDA, la prevención de la transmisión maternoinfantil y los beneficios del APV. La prevención de la TMI se trata en términos generales durante las charlas de salud. Una vez que una mujer ha decidido someterse a la prueba del VIH, se habla en mayor profundidad durante las sesiones de asesoramiento individual.

Se aconseja a las mujeres que hablen con sus parejas sobre el APV y se las anima a acudir a hacerse la prueba del VIH. Los miembros de grupos de servicios comunitarios (véase cuadro 2) también se dirigen a los varones durante sus actividades de información y educación para mejorar la comprensión masculina de las cuestiones de salud maternoinfantil – entre ellas la prevención de la transmisión maternoinfantil –, aumentar su interés por el APV y hacer que apoyen en mayor medida a sus parejas.

Integración de los servicios de APV en los servicios de salud maternoinfantil

La organización y las operaciones de los servicios de atención prenatal varían de un dispensario a otro dentro del NDP y del DART.

La identificación de puntos de entrada apropiados para la integración de los servicios de APV tiene en cuenta la necesidad de reducir al mínimo los periodos de espera y el estrés psicológico de los clientes.

En el **DART**, todas las mujeres reciben asesoramiento individual previo a la prueba en su primera visita prenatal. Al acabar la sesión, el asesor de APV pide a la cliente que firme un formulario del expediente del paciente, para indicar si desea:

- someterse a la prueba y recibir el resultado el mismo día;
- someterse a la prueba y recibir el resultado más adelante;
- someterse a la prueba en otra ocasión;
- rechazar la prueba.



DART. Una asesora de APV invita a unas mujeres a participar en una sesión de asesoramiento previo a la prueba del VIH en la unidad prenatal del dispensario Lillian Ngoyi.

En el DART la prueba del VIH tiene una elevadísima aceptación. Más del 90% de las mujeres que acuden a los servicios prenatales en el hospital Chris Hani Baragwanath y en torno al 88% en el dispensario Zola decidieron someterse a la prueba del VIH. Las que desean conocer el resultado el mismo día reciben asesoramiento posterior a la prueba al final de la visita a los servicios de atención prenatal.

Entre las mujeres que deciden no someterse a la prueba durante su primera visita, se aumenta la sensibilización y el conocimiento sobre el APV por medio del asesoramiento previo a la prueba. También se fomenta entre las mujeres que llevan a sus parejas a los servicios de APV.

En el **NDP**, durante las visitas de atención prenatal y en otras ocasiones se invita a las mujeres embarazadas a hacer uso de los servicios de APV en todo momento durante el embarazo y después de éste. La invitación se hace extensible a sus parejas. El asesoramiento previo a la prueba se facilita únicamente a quienes deciden someterse a ésta. En algunos dispensarios del proyecto, durante las charlas sobre salud de los servicios de atención prenatal se pide a las mujeres que alcen la mano si están interesadas en el APV. Las que responden afirmativamente se reúnen en grupo y debaten en mayor profundidad cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, la transmisión

maternoinfantil del VIH y el APV antes de ver al asesor de APV. Las enfermeras consideran que, si se anima a las mujeres a mostrar abiertamente su interés por la prueba del VIH, se reduce el estigma y se normaliza el uso de la APV. Además, el mayor nivel de conocimientos de las mujeres facilita el asesoramiento previo a la prueba. Los resultados de la prueba y el asesoramiento posterior se facilitan en el mismo día o algunos días después, dependiendo de la fecha en que se envíe la muestra al laboratorio. El uso de los servicios de APV también se fomenta en los servicios postnatales, curativos y de planificación familiar.

En los dos proyectos, durante el asesoramiento previo a la prueba se hace hincapié en el hecho de que ésta es voluntaria y confidencial, y la mujer puede aún decidir no someterse a ella aunque hubiera declarado anteriormente lo contrario. Algunas mujeres, por ejemplo, desean consultar primero a su pareja. Los asesores dejan claro que los servicios de APV están disponibles en todo momento en las siguientes fases del embarazo, al igual que después del parto: por ejemplo, durante las sesiones clínicas de planificación familiar o de tratamiento, y también en el consultorio infantil. Los gestores de proyecto admiten que es especialmente importante en un hospital y en un entorno clínico que las mujeres no se sientan obligadas a someterse a la prueba por temor a verse excluidas de los servicios prenatales si deciden rechazarla.

En ambos proyectos, un número relativamente bajo de mujeres no regresa a recoger los resultados (por ejemplo, en el DART, el 9,7% de las mujeres que se someten a la prueba, y el 12,4% de las mujeres que resultan seropositivas en el dispensario Zola no recogen los resultados). Según los asesores de los dos proyectos, a veces surge la oportunidad de hablar con las mujeres para estimularlas a recoger los resultados de la prueba del VIH cuando acuden a los servicios de atención prenatal para hacer visitas de seguimiento. En el DART, asimismo, las enfermeras animan a las mujeres a volver por el resultado de la prueba del VIH, ya que pueden ver en el expediente de la paciente si no lo han recogido. Sin embargo, los asesores describen la frágil frontera que existe entre estimular a las mujeres, por un lado, y presionarlas, por el otro: *“Es importante que las enfermeras y los asesores acepten la decisión de una mujer de no recoger sus resultados aunque a veces sea difícil, ya que significa que no se beneficiará de una intervención de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.”*

Siempre se ofrece asesoramiento posterior a la prueba, con el propósito principal de ayudar a las mujeres a entender los resultados y comenzar a adaptarse a su estado seropositivo o seronegativo. Si el resultado de la prueba del VIH es negativo, durante el asesoramiento posterior los asesores explican que hay un riesgo elevadísimo

de transmisión maternoinfantil del VIH si las mujeres se infectan por el VIH durante el embarazo o, después del parto, si amamantan a sus hijos. Animamos a las mujeres a protegerse de la infección mediante el uso de preservativos o la abstinencia sexual durante el embarazo. Los preservativos se dispensan gratuitamente en las salas de espera.

Combinación de asesoramiento sobre alimentación del lactante y APV

Para las mujeres embarazadas cuya prueba del VIH resulta positiva, el asesoramiento posterior a la prueba se centra en: reducir el riesgo de la TMI, haciendo hincapié en las diversas opciones de alimentación del lactante y en la terapia antirretrovírica, si está disponible; mantener relaciones sexuales seguras, incluido el fortalecimiento de la capacidad negociadora necesaria; e identificar el modo de informar a la pareja y los familiares. Esto exige que los asesores conozcan suficientemente la situación personal de las mujeres seropositivas, incluidos factores tales como la situación socioeconómica dentro de la comunidad y la disponibilidad y costos de una alimentación alternativa.

Los asesores del **NDP** hacen especial hincapié en averiguar la máxima información posible sobre las circunstancias

concretas en las que viven las mujeres, con objeto de sopesar meticulosamente las ventajas y desventajas de las distintas opciones de alimentación y ayudarles a tomar una decisión apropiada. El asesoramiento continuo y los grupos de apoyo posteriores a la prueba pueden apoyar a las mujeres a la hora de tomar una decisión. Los asesores subrayaron el hecho de que ayudar a una mujer cuya prueba resulta positiva a decidir con fundamento cómo alimentar a su hijo lactante va más allá de explicarle simplemente los riesgos potenciales y las diferentes opciones de alimentación.

“Asesorar a las mujeres para tomar una decisión fundamentada exige una honda comprensión de las cuestiones sociales, compasión, conocimiento de la situación familiar, capacidad de comunicar conceptos complejos, y capacidad de dar apoyo psicológico a las mujeres ante una decisión que las afecta a ellas, a sus hijos y al resto de la familia”

Ellen Piwoz, miembro del Equipo de Investigación Formativa de Ndola, en: HIV/AIDS and Infant Feeding: Risks and Realities in Africa, AED, junio de 2000.

Antes del lanzamiento del NDP, se desarrollaron recomendaciones sobre la alimentación del lactante dirigidas a mujeres de estado serológico tanto conocido como desconocido, con objeto de guiar a los agentes de salud, entre ellos los asesores de APV. Las recomendaciones se basaron en investigaciones formativas

con el fin de garantizar su viabilidad, adecuación y relevancia para las comunidades que participaban en el proyecto. Los resultados de la investigación ayudaron a los agentes de salud a adquirir una mejor comprensión de las prácticas de amamantamiento en las comunidades, la disponibilidad y costos de una alimentación sustitutiva, la economía familiar y los conocimientos de las personas en relación al VIH/SIDA y la transmisión maternoinfantil. Se descubrió que el sucedáneo de la leche materna con la leche maternizada más barata o con leche de vaca estaba fuera del alcance de la mayoría de los hogares del distrito de Ndola. Como alternativa, el NDP fomenta la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

Participación de los asesores de APV en intervenciones antirretrovíricas

En el Proyecto **DART**, los asesores de APV distribuyen los medicamentos antirretrovíricos durante el asesoramiento posterior a la prueba a las mujeres que resultaron seropositivas en la prueba y aceptaron la intervención. Se garantiza así que las mujeres tienen el medicamento al comenzar el parto. Esto modifica la práctica inicial dentro del programa de esperar a suministrar los medicamentos antirretrovíricos a las mujeres en su visita a los servicios de

atención prenatal durante la trigésimo quinta semana de embarazo. El retraso en el suministro tenía como consecuencia que muchas mujeres no recibían nunca el comprimido ya que no regresaban, o daban a luz antes de lo esperado. Los asesores tienen la difícil tarea de asesorar a mujeres que se encuentran bajo una presión psicológica extrema y, al mismo tiempo, de explicar los detalles de la TMI, la intervención antirretrovírica y las opciones de alimentación del lactante. Los asesores consideraron que es importante que las mujeres vuelvan para recibir asesoramiento complementario y/o acudan al grupo de apoyo para reforzar el consejo ofrecido durante el asesoramiento posterior a la prueba. Los gestores de proyecto informaron sobre el logro de experiencias positivas gracias a la aplicación de este enfoque. De las 57 mujeres seropositivas que habían dado a luz durante los primeros cinco meses del proyecto y recibieron el medicamento antirretrovírico en el dispensario Zola, el 88% informó de que se había autoadministrado el medicamento.

No todas las mujeres que resultaron seropositivas aceptaron el tratamiento antirretrovírico. Un asesor explicó por qué: *“Según nuestra experiencia, la razón es que algunas clientes no aceptan el resultado, o no creen en la medicina o están en estado de choque”*. Entre las mujeres seropositivas que obtuvieron el resultado en el dispensario Zola en un periodo de cinco meses, el 87,9%

recibieron un comprimido de Nevirapina. El 12,1% restante no tomó el medicamento, pese a las cartas recordatorias que las invitaban a ir al dispensario.

Capacitación de las parteras y del personal clínico prenatal

En los dos proyectos, los agentes de salud encargados de la atención prenatal de mujeres reciben capacitación relativa al VIH/SIDA y la prevención de la TMI con el fin de responder mejor a las necesidades de un número creciente de mujeres que conocen su estado serológico con respecto al VIH. En el NDP, la parteras también reciben tutelaje.



NDP: Asesoramiento en el pabellón de maternidad del dispensario de Lubuto.

Las parteras reciben formación por medio de los proyectos para evitar procedimientos agresivos durante los partos y reducir así el riesgo de transmisión del VIH. Entre esos procedimientos figuran la ruptura sistemática de membranas, las episiotomías sistemáticas y la succión del

recién nacido. Las cesáreas programadas (no de emergencia) son raramente una opción en esta parte del mundo. Las enfermeras de la sala de posparto ayudan a las mujeres que eligen la lactancia artificial enseñándoles los métodos correctos de hacer el preparado² y alimentando al recién nacido. Los gestores de APV del DART explicaron que la rotación frecuente de los agentes de salud en el hospital y los dispensarios dificulta la labor de asegurar que todas las enfermeras de la sala de partos hayan recibido formación en prevención de la TMI.

Existen enfoques diferentes en los dispensarios examinados en cuanto a la “confidencialidad compartida” con parteras y enfermeras en la sala de posparto. En el DART, los asesores señalan en la tarjeta de atención prenatal de las mujeres si éstas han recibido Nevirapina (que es indicativo de su seropositividad). El propósito es asegurar que las enfermeras de la sala de partos administren el jarabe de Nevirapina al recién nacido durante las primeras 72 horas de vida.

En el NDP, se deja en manos de cada mujer la decisión de revelar su estado. Se escribe una combinación cifrada de letras en la tarjeta de atención prenatal de toda mujer embarazada que haya acudido a recibir APV, sin revelar el

resultado de la prueba. Las parteras preguntan a las mujeres a las que se administra Nevirapina antes del parto el modo en que piensan alimentar a sus hijos lactantes, con objeto de evitar que empiecen a amamantarlos en el caso de que no tengan intención de optar por la lactancia natural.

Acceso a apoyo psicosocial y a atención médica

Los dos proyectos organizan grupos de apoyo y ofrecen asesoramiento continuo para dar apoyo psicológico a las mujeres después del APV, y los asesores también animan a las mujeres a acudir después del parto. Estos servicios brindan la oportunidad de tratar en mayor profundidad cuestiones relacionadas con las intervenciones antirretrovíricas, la alimentación del lactante y la protección durante el embarazo. El asesoramiento y el apoyo de grupo pueden ayudar a las mujeres seropositivas a hacer frente a su estado. Los debates y la escenificación de situaciones pueden ayudar a las mujeres a revelar su estado serológico a su pareja y sus familiares.

El grupo de apoyo del hospital en el **DART** se reúne los días de consulta en la sala de espera del Centro de VIH

² Mediante la entrega de cupones en el Proyecto DART, se puede adquirir leche maternizada a precio reducido (10 rand en lugar de 26 rand por un bote de 500 gr.). En mayo de 2001, un dólar estadounidense equivalía a 8 rand aproximadamente.

Perinatal, de modo que puedan participar todas las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal. En palabras de un asesor: *“Algunas mujeres vienen al grupo cada semana incluso cuando no tienen cita. Les gusta estar aquí, hablar con las recién llegadas y también divertirse. Algunas también siguen viniendo después del parto y cuentan al grupo sus experiencias. Es más fácil hablar, hacer preguntas y aprender de otros. Tuve una paciente que me parecía que no iba a aceptar su estado, pero actualmente es la persona del grupo que más habla y cuenta cómo se siente. Las mujeres se encuentran más a gusto en el grupo”*.



DART: Una madre presenta a su hijo al grupo de apoyo para madres seropositivas en la unidad de investigación del VIH perinatal del hospital Chris Hani Baragwanath.

Las mujeres seropositivas no tienen acceso a tratamiento antirretrovírico de alta potencia (HAART) en ninguno de

los dos proyectos, salvo la intervención antirretrovírica de corta duración del DART, destinada a prevenir la TMI. Una mujer embarazada del DART declaró: *“Me alegra mucho que mi bebé se salve de esta enfermedad, pero me preocupa que pueda crecer sin mí porque no hay medicamento para las madres. Me he enterado de que soy seropositiva pero parece ser que no hay mucha ayuda para mí. ¿Qué puede hacerse por mí?”*

A las mujeres embarazadas que obtienen un resultado positivo en la prueba del VIH en el hospital Chris Hani Baragwanath³ se las remite al Centro de VIH Perinatal del hospital, donde son atendidas por médicos. En cada visita se comprueba el estado general de salud de las mujeres debido a la infección por el VIH que padecen y a la atención prenatal que requieren. Si es preciso, se las remite a otros puntos dentro del hospital. Después del parto, se vuelve a remitir a las madres y sus hijos lactantes al dispensario de salud primaria más próximo a su hogar. Las mujeres embarazadas que usaron los servicios de APV en los dispensarios prenatales de los centros de salud comunitarios de Zola y Lillian Ngoyi siguen haciendo uso de los mismos servicios prenatales, donde reciben la atención de enfermeras, que normalmente desconocen el estado serológico de las mujeres. El segui-

³ La maternidad del hospital Cris Hani Baragwanath es un centro de referencia para casos de embarazos difíciles procedentes de las unidades de obstetricia de 11 centros de salud de la comunidad de Soweto.

miento de los lactantes nacidos de madres seropositivas en el DART corre a cargo de médicos del proyecto durante las citas periódicas de inmunización realizadas en el dispensario Well Baby a la sexta, décima y décimocuarta semana, y a los 9 y 15 meses. Se somete a los lactantes a la prueba del VIH cuando tienen un año de edad. Durante esas visitas periódicas, se comprueba el peso, se evalúan las prácticas alimentarias y se examina a los lactantes y se los remite a otros puntos cuando es necesario. Desde las seis semanas de vida hasta que cumplen un año, todos los lactantes reciben cotrimoxazol además de vitaminas.

Los gestores de proyecto del **NDP** informaron de que, desde su comienzo, ha mejorado la calidad de los servicios de salud materno-infantil, entre ellos los servicios de salud prenatales, de parto, posnatales, de planificación familiar y de salud infantil. Según ellos, todas las mujeres reciben mejor atención y apoyo antes y después del parto. No obstante, debido a las restricciones económicas, no siempre puede asegurarse la disponibilidad de medicamentos esenciales necesarios para la atención básica, tales como los medicamentos para la profilaxis del paludismo o la desparasitación.

Cuadro 2

Implicar a los proveedores de servicios comunitarios en el apoyo a las madres y en la promoción del APV

En las comunidades que se encuentran en torno a los centros del NDP, a lo largo de los años se ha desarrollado cierto número de grupos de apoyo comunitarios, entre ellos comités de salud vecinal, grupos de atención domiciliaria, sistemas de apoyo a madres/padres, grupos de personas que viven con el VIH, parteras tradicionales, promotores de la salud infantil, promotores de la vigilancia del crecimiento y distribuidores comunitarios. Esos grupos colaboran con los dispensarios en distintas tareas y extienden el apoyo y la atención sanitaria al nivel de la comunidad. Juntos suman alrededor de 610 miembros que trabajan voluntariamente. A través de la comunidad del NDP, los promotores y los agentes de salud reciben la misma capacitación en cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, la prevención de la TMI y el APV con objeto de asegurar que se transmiten mensajes coherentes a las mujeres embarazadas y sus parejas. Hasta febrero de 2001, unos 160 miembros (el 60%, varones) habían recibido capacitación.



Los asesores de APV desempeñan un papel importante ayudando a las mujeres seropositivas a tomar una decisión respecto a la elección de la alimentación para sus hijos lactantes pero, después del parto, las mujeres necesitan más apoyo en su elección, sea ésta el amamantamiento o la alimentación sustitutiva. Muchos proyectos acaban en el plano clínico y no extienden el suministro de atención y apoyo al plano comunitario. En el NDP, los proveedores de servicios comunitarios se asociaron en las intervenciones de prevención de la TMI y ofrecen apoyo continuado a las madres una vez regresan al hogar tras el parto. Aseguran que se remite las mujeres y sus hijos lactantes a los dispensarios con mayor seguridad y más pronto en caso de que haya problemas de salud, en especial los relativos a la alimentación del lactante.

Un miembro del **sistema de apoyo a madres/padres** explica: *“Venimos a los dispensarios cada mañana para averiguar quién ha dado a luz. Visitamos a todas las madres en los primeros días después del parto. No conocemos el estado serológico con respecto al VIH de las mujeres que han dado a luz. Dado que visitamos a todas las mujeres después del parto, no hay cabida para que la comunidad especule sobre la razón de la visita”*. Durante las visitas domiciliarias, no se cuestionan las razones de una mujer para elegir la alimentación del lactante. Los miembros del grupo de apoyo tienen formación para reconocer problemas en las mamas, como mastitis, grietas en los pezones o abscesos mamarios, y, de ser necesario, remiten a las mujeres y a sus hijos lactantes al dispensario. Si una mujer da alimentación de sustitución, los voluntarios comunitarios le muestran cómo preparar la leche maternizada, qué utensilios son más adecuados para medir la cantidad correcta de agua y leche y cómo alimentar al lactante. Se hacen visitas domiciliarias de seguimiento con regularidad y se informa del progreso a los asesores clínicos.



NDP: Miembros de un grupo de apoyo para madres/padres en Ndola.

La participación de los varones en los grupos comunitarios, tales como el sistema de apoyo a madres/padres, contribuyó a mejorar su comprensión de las cuestiones relativas a la salud materno-infantil, incluida la prevención de la TMI, y acrecentó su interés por el APV. Los gestores de proyecto esperan que los modelos masculinos positivos aumenten el interés de otros varones por el APV y que la

educación por medio de proveedores de servicios comunitarios haga que más varones apoyen a sus parejas.

Diversos miembros de grupos comunitarios han recibido formación como **asesores comunitarios** para prestar apoyo psicológico, en especial a las mujeres embarazadas y a las madres con hijos lactantes, así como a sus familias. Si se solicita, los asesores comunitarios hacen visitas domiciliarias y algunos también reciben clientes en sus propios hogares para asegurar la confidencialidad. No se informa a los asesores comunitarios sobre el estado serológico con respecto al VIH de sus clientes, pero éstos a menudo se lo comunican. Los asesores comunitarios participan en un curso similar como asesores de APV (véase la sección 3.8 “Capacitación del personal de APV”).

Se establecen puntos de vigilancia del crecimiento en lugares públicos, y los promotores de la vigilancia del crecimiento se encargan de pesarlos. A los promotores se los capacita para observar el estado general de salud de los lactantes y remitir al hospital a los que están por debajo del peso adecuado. En los puntos de vigilancia, los **promotores de la vigilancia del crecimiento** también dan charlas de salud relativas a la TMI y a las opciones de alimentación del lactante, y promueven el APV.

Resumen

El NDP y el Proyecto DART demuestran que la introducción del APV y de intervenciones de prevención de la TMI en centros prenatales debe venir de la mano de medidas que faciliten y apoyen las decisiones de las mujeres en lo relativo al APV y las intervenciones de prevención de la TMI. Esto incluye proporcionar un medio que ofrezca apoyo. Tiene que familiarizarse a las mujeres embarazadas con las cuestiones relativas, para ayudarlas a comprender las repercusiones de la prueba del VIH y las intervenciones de prevención de la TMI. En el NDP, los promotores de la salud comunitaria cola-

boran con los dispensarios en actividades educativas y en la promoción del APV. En el Proyecto DART, el hecho de que todas las mujeres en fase prenatal reciban asesoramiento previo a la prueba guarda, según los gestores de proyecto, una estrecha relación con la elevada aceptación de la prueba.

Las experiencias de los dos proyectos muestran asimismo que apoyar a las mujeres que obtienen un resultado positivo en la prueba del VIH a tomar una decisión fundamentada sobre la alimentación del lactante y decidir sobre las intervenciones antirretrovíricas exige más que informarles sobre las ventajas y los riesgos potenciales. La estrecha implica-

ción con los clientes durante el asesoramiento posterior a la prueba, la empatía, el conocimiento de las circunstancias vitales de las mujeres y la capacidad de explicar conceptos complejos son muy importantes. Por consiguiente, asegurar la buena calidad del asesoramiento previo y posterior a la prueba, incluido el asesoramiento sobre alimentación del lactante, mediante capacitación y tutelaje continuados (véanse secciones 3.8 y 3.9) es una de las prioridades de los programas de ambos proyectos. El asesoramiento continuo y los grupos de apoyo posterior a la prueba desempeñan un papel fundamental apoyando a las mujeres en su decisión. En el NDP, la participación de la comunidad en general, especialmente la participación de los varones, en actividades de atención y educación preventiva al parecer contribuyó a reducir el estigma y estimular a otros varones a someterse a la prueba del VIH y apoyar a sus parejas.

Los dos estudios de caso también muestran que la formación de agentes de salud que se encargan de las mujeres embarazadas, incluida la formación en conocimientos elementales de asesoramiento, aumenta sus conocimientos y su capacidad para responder mejor a las necesidades de atención y apoyo del número creciente de mujeres que conocen su estado serológico con respecto al VIH.

2.2 El APV como vínculo entre los programas del VIH/SIDA y la tuberculosis

“Hemos visto un cambio abismal en el modo en que muchos gobiernos enfocan la epidemia de VIH/SIDA. La posibilidad de tratamiento ha dado nuevas esperanzas, haciendo que los países aumenten sus esfuerzos para combatir la enfermedad, mediante la prevención y mejores diagnósticos, y también comenzando a suministrar atención a las personas que ya están infectadas.”

Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General, OMS, comunicado de prensa del 25 de junio de 2001

La tuberculosis (TB) es la infección oportunista más común y la causa principal de defunción entre las personas infectadas por el VIH. El conocimiento por los pacientes de TB de su estado serológico con respecto al VIH mediante el APV da acceso a una gama más amplia de atención y apoyo. Pese al estrecho vínculo que existe entre el VIH/SIDA y la TB, los programas de VIH/SIDA/ITS (infecciones de transmisión sexual) y TB en muchos países no funcionan juntos sino en paralelo, con respuestas separadas.

Este estudio de caso describe los enfoques específicos del Proyecto piloto de TB/VIH del Distrito Central, provincia de El Cabo Occidental (Sudáfrica), que vinculan los dos programas.

Visión general del Proyecto piloto de TB/VIH

Sudáfrica se enfrenta a una de las peores epidemias dobles de tuberculosis y VIH. Un examen de los programas nacionales sudafricanos de TB y VIH/SIDA/ITS recomendó que se mejorara la colaboración entre los dos programas. Esto condujo a la creación en distintas provincias de Sudáfrica de cuatro proyectos piloto para evaluar las cuestiones operativas de la aplicación de un conjunto integral de medidas de atención y apoyo a personas que viven con el VIH/SIDA, incluidos los pacientes que han contraído tanto la TB como el VIH, usando el APV como punto de acceso.

El presente estudio de caso describe el Proyecto piloto de TB/VIH del Distrito Central, en la provincia de El Cabo Occidental. La tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en esa provincia era del 8,7% en 2000. La incidencia de TB en el Distrito Central en 1999 superaba los 500 casos por 100 000 habitantes. El Proyecto piloto de TB/VIH se puso en funcionamiento en el primer trimestre de 2000, inicialmente en cinco

centros de salud primaria. A lo largo de un año se sumaron al proyecto otros siete dispensarios. El proyecto atiende a una población de unos 296 000 habitantes, y lo ejecutan la autoridad local y la administración provincial de la provincia de El Cabo Occidental, junto con el Departamento de Salud. El proyecto cuenta con la información de la Iniciativa ProTEST (véase cuadro 4, más adelante) y recibe el apoyo de la OMS y del ONUSIDA. Se examinaron tres emplazamientos urbanos para este estudio: los dispensarios de salud comunitaria de Langa y Chapel Street y el servicio de salud comunitaria de Green Point.

Los objetivos primordiales del proyecto son:

- aumentar el acceso al asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, reducir los obstáculos que dificultan el uso del APV y mejorar la calidad del APV;
- mejorar la atención integral y la remisión de casos de VIH/SIDA/ITS/TB y asegurar la continuidad de la atención;
- suministrar terapia preventiva con isoniazida (TPI) y terapia con cotrimoxazol (CTX) a clientes seropositivos y evaluar su utilidad, viabilidad y las repercusiones en cuanto al costo; y
- facilitar la colaboración entre los programas de TB y VIH/SIDA/ITS en el plano distrital y comunitario y entre las partes interesadas privadas y públicas.

Cuadro 3

VIH/SIDA y tuberculosis

La carga de la tuberculosis está vinculada estrechamente con la epidemia de VIH. La tuberculosis es la infección oportunista más común y la causa principal de defunción entre las personas infectadas por el VIH. Cerca de la tercera parte de los 34,3 millones de PVVS en el mundo también están infectadas por *Mycobacterium tuberculosis*. La prevalencia del VIH es el factor aislado más importante para determinar la incidencia y las consecuencias de la tuberculosis.

El VIH, al atacar el sistema inmunitario, aumenta el riesgo de desarrollo de TB activa en las personas que anteriormente se infectaron por la TB (TB latente), del 10% durante toda la vida al 10% en un año. Cuando las personas seropositivas se infectan de nuevo por *Mycobacterium tuberculosis*, tienen una probabilidad mayor de que la enfermedad progrese a tuberculosis activa. La TB tiene un efecto negativo en el VIH al acelerar la progresión natural de la infección por el VIH. Como resultado de la infección por el VIH, muchos pacientes de TB contraen otras infecciones oportunistas y fallecen a causa de ellas. Los pacientes de TB seropositivos tienen tasas de mortalidad de dos a cuatro veces más altas que las de los pacientes seronegativos.

El aumento de casos de TB entre las personas que viven con el VIH/SIDA supone un riesgo mayor de transmisión de la TB a la comunidad en general, tenga o no tenga la infección por el VIH.

En Sudáfrica, por ejemplo, el número de casos de TB comunicados fue relativamente estable entre 1980 y 1989. Avivados por el aumento de la prevalencia del VIH, los casos de TB comunicados aumentaron de unos 60 000 en 1989 a 147 578 en 1999: un aumento del 146%. Se calcula que el 50% de los pacientes de TB de Sudáfrica son seropositivos. En 1999, hubo 4,2 millones de sudafricanos VIH-positivos, comparados con los 3,6 millones de 1998 y los 2,7 millones de 1997. Cerca de 1,7 millones de sudafricanos seropositivos contraerán la TB antes de morir. Menos del 10% de las personas que viven en Sudáfrica conocen su estado serológico con respecto al VIH, y entre las que lo conocen, muchas no lo revelan.



La detección temprana de casos y el tratamiento de la TB pueden retrasar la progresión de la infección por el VIH y ayudar a reducir la transmisión de la TB. Por consiguiente, es esencial que los pacientes de TB tengan acceso a un diagnóstico y un tratamiento eficaces. La TB puede tratarse y curarse con un costo relativamente bajo si se asegura el tratamiento completo por medio del manejo de casos apropiado, que es crucial para prevenir la farmacorresistencia. El enfoque más eficaz para detectar más casos de TB implica la localización intensiva de casos en lugares donde se concentran personas que viven con el VIH/SIDA, incluidos los centros de APV.

Las personas VIH-positivas con tuberculosis latente pueden beneficiarse del tratamiento preventivo, incluida la terapia preventiva con isoniazida (TPI), que tiene por objeto reducir el riesgo de padecer por primera vez un episodio de TB y reducir el riesgo de recaída en las personas que ya habían tenido tuberculosis.

Marco previo a la introducción del Proyecto piloto de TB/VIH

Un estudio de base realizado antes de introducir el Proyecto piloto de TB/VIH expuso el hecho de que la colaboración entre el programa de TB y el del VIH/SIDA en el Distrito Central no era óptima. La falta de integración tenía considerables consecuencias para la ampliación y calidad de la atención ofrecida a las personas con el VIH.

En general, la prueba del VIH sólo se realizaba por motivos clínicos para confirmar el diagnóstico de las personas que presentaban manifestaciones clínicas indicativas de la infección por el VIH. No se enviaba automáticamente a los pacientes de TB a someterse a la prueba

del VIH sino que solía hacerse sólo en el caso de que no se recuperaran pese al tratamiento. En la mayoría de los casos, se los enviaba cuando la enfermedad estaba en fase avanzada y, a menudo, en fase terminal. El hecho de que rara vez se sometiera a la prueba del VIH a los pacientes de TB en fase temprana constituía un obstáculo para acceder a una atención y apoyo más completos, incluido el tratamiento profiláctico contra otras infecciones oportunistas.

Los clientes seropositivos no recibían un tratamiento integral, no tenían acceso a isoniazida (TPI), terapia preventiva de la TB (TPTB), recibían tratamiento profiláctico en raras ocasiones y no había un tratamiento normalizado de las infecciones oportunistas. La mayoría de los agentes de salud carecían de formación actualizada en atención y tratamiento integrados de las ITS, la TB y el VIH.

Por el contrario, se especializaban en una sola área. El sistema de remisión, como consecuencia, tenía carencias y los clientes que acudían al centro de TB sólo recibían tratamiento para la TB, mientras que los pacientes de ITS sólo recibían tratamiento para las ITS.

En muchos dispensarios se crearon centros de VIH, que abrían una vez por semana, destinados a pacientes cuyo estado serológico se conocía. Normalmente se atendía a los clientes seropositivos sólo ese día concreto, mientras que las sesiones para TB e ITS se celebraban otros días y a menudo la atención corría a cargo de otros médicos y enfermeras. Esto implicaba que los pacientes que acudían al centro de VIH debían regresar otro día si necesitaban una radiografía o estaban bajo tratamiento de la TB, y a menudo los atendían otros agentes de salud.

Dado que no todos los agentes de salud tenían conocimientos del VIH/SIDA, sólo un reducido número tenía relación con clientes seropositi-

vos y acceso a sus expedientes médicos. Esto acrecentaba la estigmatización de los pacientes en el dispensario. Una de las enfermeras afirma: *“Antes del proyecto, yo no participaba mucho en el centro de VIH. Para mí, ha cambiado enormemente mi modo de pensar en cuanto al VIH. Puedo encargarme mucho mejor de los clientes seropositivos. Antes de recibir capacitación, tenía una actitud muy negativa respecto al VIH. Creo que procede de la forma en que te educan; conforma tu modo de pensar. Para mí ha sido difícil aceptar clientes, especialmente cuando conoces las prácticas sexuales de algunos de ellos. ¿Por qué debemos ser menos críticas simplemente por ser enfermeras? Todos somos humanos.”*

Las pruebas no se realizaban en los centros y los resultados no volvían del laboratorio hasta una semana después como mínimo. Un número considerable de clientes no regresaba a recoger los resultados de la prueba y, como consecuencia, tampoco recibía atención y apoyo apropiados.

Cuadro 4

Iniciativa ProTEST

La iniciativa ProTEST, que coordina la Organización Mundial de la Salud (OMS), aspira a promover la prueba voluntaria del VIH como la clave para lograr una

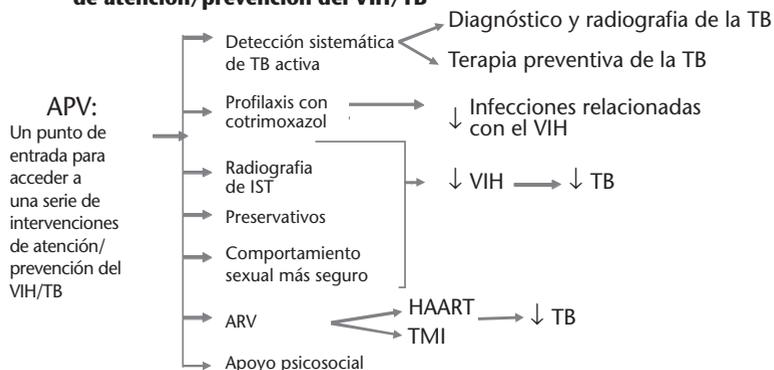


respuesta más coherente a la tuberculosis en lugares que presentan una alta prevalencia del VIH. La iniciativa abarca la experiencia sobre el terreno a nivel de distrito en diversos emplazamientos piloto, combinando esfuerzos dirigidos a combatir el VIH y la tuberculosis con la intención de reducir la carga de la enfermedad del VIH/TB. Esto contribuirá al desarrollo de un enfoque estratégico que puede promoverse como una ampliación del alcance de la estrategia de control de la tuberculosis que se recomienda internacionalmente. El nombre “ProTEST” refleja la promoción de la prueba voluntaria del VIH como punto de acceso a la prevención y la atención relativas al VIH y la tuberculosis.

Los objetivos de la iniciativa ProTEST son reducir la carga combinada de TB y VIH mediante un enfoque concertado que: reduzca el número de personas que contraen la infección por el VIH; reduzca el número de personas que transmiten tanto el VIH como *Mycobacterium tuberculosis*, y reduzca el riesgo de desarrollar tuberculosis activa entre las personas infectadas tanto por el VIH como por *Mycobacterium tuberculosis*.

ProTEST: operacionalizar los vínculos entre las actividades relacionadas con la TB y el VIH

Serie de intervenciones potenciales de atención/prevencción del VIH/TB



Fuente: Proyecto Piloto de TB/VIH

Desde el comienzo del proyecto, bajo la dirección de la Iniciativa ProTEST, se han hecho progresos notables en la mejora de los vínculos y la colaboración entre los programas de TB y VIH y en el fortalecimiento del sistema de remisión entre los dos programas. Entre los enfoques clave figuran los siguientes:

- promoción activa del APV entre los clientes con TB y otros clientes clínicos;
- implantación de pruebas rápidas in situ;
- localización de casos de TB activa entre los clientes que tienen un resultado serológico positivo;
- mejor acceso a un conjunto integral de medidas de atención;
- continuidad de la atención por medio de una mejor capacitación de los agentes de salud y de los proveedores de servicios comunitarios; y
- participación de las partes interesadas en la coordinación de proyectos.

Promoción activa del APV entre los clientes con TB y otros clientes clínicos

El uso de los servicios de APV se fomenta entre todos los clientes que acuden a los centros de salud, incluidos los pacientes con TB, por medio de la distribución de

materiales informativos facilitados por asesores de APV y charlas generales sobre la salud en las salas de espera.



Proyecto piloto de TB/VIH: Un asesor de APV da una charla para promover el APV en el dispensario de Chapel Street.

Durante las consultas individuales, los médicos y las enfermeras aconsejan el acceso a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias a *todos* los pacientes con TB e ITS, y a quienes acuden a los servicios de planificación familiar. Según los gestores de proyecto, las cifras de clientes de APV aumentaron notablemente con la promoción activa de los servicios de APV. Más importante aún es el hecho de que los médicos informan de que hay más personas que deciden someterse a la prueba en una fase más temprana de la infección. No obstante, el uso de los servicios de APV entre los pacientes con TB es aún relativamente bajo. Como explica una enfermera: *“Los clientes con TB dicen que estarían más preocupados si se hicieran la prueba del VIH. Prefieren recibir tratamiento para la TB y tal vez volver en otra ocasión para el APV”*.

Implantación de pruebas rápidas in situ



Proyecto piloto de TB/VIH: Una enfermera/asesora de APV explica a un cliente el resultado de su prueba del VIH.

Se han implantado pruebas rápidas y los resultados están disponibles en menos de una hora. Como consecuencia, un mayor número de clientes recibe los resultados de sus pruebas. El coordinador del proyecto informa de que la aceptación de la prueba del VIH aumentó entre los clientes desde que los resultados de la prueba del VIH pueden recogerse el mismo día.

Localización de casos de TB activa entre los clientes que tienen un resultado serológico positivo

El planteamiento común para la localización de casos de TB entraña detec-

tar casos entre las personas que se presentan con síntomas a los servicios generales de salud. Un enfoque más eficiente es detectar casos en los lugares donde se concentran PVVS. Por consiguiente, junto con los servicios de APV se ha implantado la localización de casos de TB activa a través del Proyecto piloto de TB/VIH. Se somete a pruebas de detección sistemática de la tuberculosis a todos los clientes que obtienen un resultado serológico positivo en la prueba del VIH (y no han sido remitidos ya por el centro de TB), ya que son más vulnerables a la infección por TB. De ese modo, se identifican casos de tuberculosis activa y latente y puede iniciarse el tratamiento de la TB o la TPI.

Mejor acceso a un conjunto integral de medidas de atención

Todos los clientes que obtienen un resultado serológico positivo en la prueba del VIH en los centros del proyecto tienen acceso a un conjunto integral y gratuito de medidas de atención, que incluye la terapia preventiva con isoniazida⁴, el tratamiento contra la TB activa y la profilaxis con cotrimoxazol (CTX). Si bien, antes de la introducción del proyecto, los pacientes de TB recibían en su mayoría

⁴ La TPI es beneficiosa para la persona más que para reducir la incidencia de TB entre la población. Reduce la probabilidad de que una persona desarrolle la TB.

únicamente tratamiento contra la TB, la mejora del sistema de remisión entre el programa de TB y el del VIH (incluida la promoción activa del APV) ha permitido el acceso a una gama más amplia de medidas de atención para los pacientes de TB que obtienen un resultado serológico positivo.

Los agentes de salud hacen un examen de referencia a cada uno de los clientes que obtienen un resultado serológico positivo. Se organiza a los clientes conforme a las etapas clínicas de la OMS y se los somete a análisis sistemáticos para detectar tuberculosis (si no han sido remitidos por el centro de TB) y para la profilaxis con cotrimoxazol. Para ello se utiliza un cuadro clínico, que incluye un cuestionario para el análisis sistemático. Si un paciente está interesado y es apto para la TPI⁵, se realiza una radiografía y una prueba de Mantoux. Cuando la radiografía examinada por el médico es normal y la prueba de Mantoux es positiva, los clientes comienzan una terapia con isoniazida de seis meses de duración. Los pacientes que muestran síntomas de enfermedades relacionadas con el VIH comienzan la terapia profiláctica con cotrimoxazol para toda la vida.

Los clientes seropositivos que están bajo tratamiento profiláctico tienen un seguimiento mensual y los ve un médico una vez cada tres meses como mínimo. Se

anima a las personas que no están bajo tratamiento profiláctico a que acudan al médico en periodos de tres a seis meses si no tienen síntomas, y, de tenerlos, cada mes. Asimismo, se fomenta entre los clientes que acudan al centro de salud tan pronto como experimenten cualquier problema médico o muestren algún síntoma de enfermedad. Las mujeres seropositivas se someten a un análisis citológico anual del papilomavirus. Se dispone de tratamiento para infecciones oportunistas y, de ser necesario, las PVVS también reciben vitaminas periódicamente y suplementos alimenticios. Se somete trimestralmente a todos los clientes a nuevos análisis sistemáticos para establecer las etapas de la OMS. Se reducen así los retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

En la mayoría de los centros, a raíz de la introducción del proyecto, los clientes seropositivos pueden acudir a los servicios de VIH, TB e ITS todos los días de la semana. Aún hay días específicos asignados a sesiones especializadas a cargo de médicos. Se suele aconsejar a los clientes que no acudan el día en que tiene lugar la sesión clínica de TB, con el fin de reducir el riesgo de transmisión intrahospitalaria de TB. *“Educamos a las personas seropositivas para que no esperen a estar muy enfermas sino a venir al centro en cuanto algo vaya mal. Saben que siempre serán atendidos”*, explica uno de los gestores del centro.

⁵ Los indicadores son: cliente mayor de 14 años, sin síntomas de TB, con capacidad de volver para un seguimiento mensual, de apariencia saludable.

Se ofrece asesoramiento complementario a todos los clientes de APV y en la mayoría de los centros del proyecto se han creado grupos de apoyo posterior a la prueba.

Continuidad de la atención por medio de una mejor capacitación de los agentes de salud y de los proveedores de servicios comunitarios

Los gestores informan de una mayor continuidad de la atención desde que comenzó el proyecto. Actualmente los clientes cuentan con la seguridad de que recibirán un tratamiento global e integral al margen de sus síntomas, del mismo modo que todas las enfermeras reciben formación continua en prevención y tratamiento de infecciones oportunistas y tienen conocimientos sobre la atención y tratamiento del VIH/TB/ITS. La mayoría de los agentes de salud también han recibido formación como asesores de APV. Según el gestor del proyecto, ha mejorado la calidad de la atención así como la comprensión que tienen de ella las enfermeras, lo que hace que se sientan más seguras y cómodas cuando atienden a clientes seropositivos.

Una enfermera del dispensario de Langa explica: *“Comunicas la triste noticia de que alguien es seropositivo. Para esta per-*

sona supone un gran choque. Su estado de ánimo es bajo, existe el temor del estigma. La persona está llena de dudas, como el modo de dar la noticia a su pareja y su familia, y tal vez esté desempleada. El paciente necesita tener la confianza de que ser seropositivo no es el fin del mundo. Así que tú tienes que tomar a esta persona en su totalidad. Nuestro enfoque es distinto actualmente. Si estás frente a un paciente, no lo consideras sólo como cliente tuberculoso, sino que ves al cliente completo, con una variedad de síntomas. Entonces le explicas todo lo que puedes hacer por él”.



Proyecto piloto de TB/VIH: Promotores del tratamiento DOTS capacitados para atender las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y fomentar el APV en el dispensario de Langa

Los miembros de la comunidad que propugnan el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) recibieron formación en cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y en la actualidad también promueven el APV. Uno de ellos informa: *“Estamos entusiasmados por haber recibido formación, ya que ahora tenemos herramientas, mientras que*

antes hacíamos una labor que tenía que ver con el VIH pero no teníamos conocimientos sobre él". Los proveedores de atención domiciliaria del SIDA también han recibido formación en DOTS, y complementan a los miembros de la comunidad que dan apoyo al tratamiento.

Participación de las partes interesadas en la coordinación de proyectos

Lograr la participación de las partes interesadas de la comunidad en la planificación, desarrollo y coordinación del proyecto constituye una prioridad del Proyecto piloto de TB/VIH. Esto incluye, por ejemplo, un amplio foro de partes interesadas de Langa, que representa a comerciantes, escuelas de la zona, curanderos tradicionales, partidos políticos, ONG y organizaciones basadas en la comunidad. En los lugares donde existen comités de salud, éstos participaron en la coordinación del proyecto desde el principio. Algunos comités se convirtieron en firmes asociados movilizand o a los miembros de la comunidad para participar activamente en la divulgación de información sobre el VIH/SIDA, la TB y el APV y el fomento de la sensibilización sobre los servicios disponibles en los centros de salud. Tal como recordó el gestor del centro en Langa: *"Los miembros del comité de salud entendían plenamente*

que hay una epidemia de VIH. Para ellos fue una bendición que se implantara el proyecto, y aprovecharon la oportunidad para Langa. Para ellos ha representado un cambio notable".

Los gestores del proyecto también establecieron un comité técnico para supervisar lo, que incluye a representantes de las autoridades provinciales y locales, de los comités locales de salud, de ONG y de cada uno de los centros del proyecto.

Resumen

Desde el inicio del Proyecto piloto de TB/VIH, los clientes de los centros del proyecto se benefician de una colaboración más estrecha entre el programa de TB y el del VIH/SIDA. Dado que la tuberculosis es la infección oportunista más común, se fomenta el uso de los servicios de APV entre todos los pacientes tanto de TB como de ITS y entre las personas que acuden a los centros de planificación familiar. Al mismo tiempo, todos los clientes de APV que obtienen un resultado serológico positivo son objeto de análisis sistemáticos para detectar la TB. Todos los clientes seropositivos tienen acceso a una atención integral gratuita, que incluye el tratamiento de la TB, la terapia preventiva de la TB y el tratamiento profiláctico con cotrimoxazol. Las experiencias del proyecto muestran que la capacitación en atención y tratamiento del VIH/TB/ITS

de todos los agentes de salud aseguró la continuidad de la atención. La mayoría de las enfermeras también recibieron formación como asesoras de APV y aprendieron a realizar pruebas del VIH, lo que facilitó la integración de los servicios de APV y, en general, mejoró la calidad de la atención. La participación de las partes interesadas de la comunidad se considera una prioridad del Proyecto piloto de TB/VIH y algunos comités de salud de la comunidad pasaron a ser firmes asociados en la educación y movilización relativas al APV.

2.3 El APV y los jóvenes⁶

“... Además, también debemos asegurar el acceso de los jóvenes a servicios de salud que sean respetuosos con ellos, suministren asesoramiento y pruebas del VIH, traten enfermedades de transmisión sexual y ofrezcan servicios e información abiertos y desinhibidos sobre el modo en que los jóvenes sexualmente activos pueden protegerse y proteger a sus parejas de la infección”.

Carol Bellamy, Directora Ejecutiva, UNICEF, palabras pronunciadas en la Cumbre de la OUA sobre el VIH/SIDA, la TB y otras Enfermedades Infecciosas, Abuja (Nigeria), 26 de abril de 2001

La mayoría de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en los países en desarrollo se dan entre jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años a través de relaciones sexuales sin protección, siendo las muchachas especialmente vulnerables. Se hacen esfuerzos crecientes por interesar a los jóvenes en el uso de los servicios de APV. No obstante, son pocos los programas que ofrecen actualmente asesoramiento y pruebas así como servicios posteriores a las pruebas hechos a medida de las necesidades especiales de los jóvenes.

⁶ La definición de personas jóvenes en este estudio de caso se refiere al grupo de edades comprendidas entre los 14 y los 24 años.

Este estudio de caso describe las aproximaciones a los jóvenes hechas por el **Fondo de Asesoramiento y Capacitación Kara** (KCTT), organización no gubernamental con centros en Lusaka y Choma (Zambia).

Visión general del Fondo de Asesoramiento y Capacitación Kara⁷

Zambia tiene una población de cerca de 10 millones de personas, el 58% con menos de 19 años de edad. Para finales de 1999, Zambia tenía una de las tasas de prevalencia del VIH más altas de África subsahariana, con casi una de cada cinco personas de edades comprendidas entre 15 y 49 años infectada. Hay cifras esperanzadoras en un informe publicado en junio de 1999 por el Ministerio de Salud, donde se muestra que la prevalencia del VIH entre las mujeres en edad fecunda de 15 a 19 años descendió en cuatro lugares de Lusaka del 28% en 1993 al 15% en 1998.

KCTT es una ONG de Zambia que comenzó como un centro de encuentro y consulta que suministraba información

y asesoramiento sobre el VIH al público general en 1989. Asimismo facilitó la base para que se creara en Zambia el primer grupo de apoyo a personas que viven con el VIH. Éste ha seguido desempeñando un papel destacado en la sensibilización y educación sobre el VIH y en la oposición al estigma y negación en Zambia. En 1992, se establecieron servicios confidenciales de APV en uno de los centros de KCTT. Durante algunos años, KCTT fue el único lugar fuera de los centros médicos donde la gente de Lusaka podía ir a asesorarse y someterse a pruebas. En 1996 se implantaron las pruebas rápidas con obtención de resultados en el mismo día. La mayoría de los clientes de APV de KCTT son jóvenes entre 18 y 29 años de edad. KCTT ha solicitado recientemente financiación destinada a un proyecto para ampliar los servicios de APV para jóvenes, con un enfoque especial en las muchachas.

En Lusaka, KCTT mantiene dos centros independientes y cuatro que están anejos a dispensarios. Además, KCTT tiene también una sede en Choma, ciudad de la Provincia Meridional de Zambia, que dispone de locales de capacitación separados y un centro de APV. El área de

⁷ Cuando se realizó el estudio, algunos de los excelentes servicios que ha venido facilitando KCTT en el pasado estaban en peligro debido a las restricciones económicas sufridas en el último trimestre del año 2000. Éstas, unidas a la reducción temporal del número de asesores debido a las mismas dificultades económicas, tuvieron como resultado la reducción del número de personas que usaban los servicios de APV ofrecidos por la KCTT y que se beneficiaban de los mismos. El estudio de caso analizó todos los componentes del programa y los servicios relacionados con el APV ofrecidos por KCTT, entre ellos los que se habían reducido cuando se llevó a cabo el estudio.

influencia del centro de APV de Choma también incluye comunidades rurales.

La declaración de principios de KCTT es promover el desarrollo humano integrado mediante el suministro de servicios de asesoramiento, capacitación, atención y otros servicios relacionados que respondan a las necesidades psicosociales actuales de Zambia. KCTT facilita los siguientes servicios al público general:

- asesoramiento y pruebas voluntarias con la obtención de resultados en el mismo día;
- asesoramiento general;
- programas de formación en conocimientos prácticos de asesoramiento

y atención y apoyo domiciliarios en la comunidad;

- programa de formación en conocimientos prácticos profesionales y apoyo terapéutico a personas que viven con el VIH/SIDA (cuatro meses de duración);
- programas educativos de divulgación sobre el VIH/SIDA que implican a personas que viven con el VIH/SIDA;
- programa residencial de formación para niñas huérfanas y vulnerables que están en enorme desventaja en el plano socioeconómico; y
- hospicio para enfermos crónicos y terminales que están en desventaja en el plano socioeconómico.

Cuadro 5

El APV y los jóvenes

En África subsahariana, muchos adolescentes tienen experiencia sexual. En Zambia, por ejemplo, el 31% de las mujeres entre los 15 y los 19 años de edad y el 65% de los varones jóvenes tienen experiencia sexual pero aún no están casados⁸. La mayoría de los adolescentes no utilizan forma alguna de anticonceptivo cuando tienen relaciones sexuales por primera vez. Esto los pone en riesgo de infectarse por el VIH, ITS o de convertirse en padres sin haberlo planificado. El acceso de los jóvenes (en particular las muchachas) a los servicios de salud sexual y de reproducción en los países en desarrollo sigue siendo un gran desafío. El conocimiento de los jóvenes sobre la salud reproductiva y sexual y la disponibilidad de los servicios respectivos no son en general muy

—>

⁸ Encuestas Demográficas y de Salud, 1994–1998.

altos. La comunicación con los padres sobre cuestiones sexuales es escasa y la mayoría de la información procede de compañeros, y es a menudo incorrecta. La falta de capacidad para negociar relaciones sexuales seguras, el acceso deficiente a los anticonceptivos y la vulnerabilidad al abuso sexual pone a los jóvenes en el mayor riesgo de infección por el VIH.

En muchas culturas, se rechaza socialmente que los jóvenes sean sexualmente activos a menos que estén casados. Por consiguiente, los jóvenes que tienen una actividad sexual no hablan abiertamente con adultos, incluidos los agentes de salud, sobre sus experiencias. Temen que en los entornos sanitarios la confidencialidad podría vulnerarse. Además, los jóvenes tienden a solicitar los servicios sólo cuando tienen síntomas (por ejemplo, de ITS). Las actitudes de los agentes de salud con respecto a la sexualidad adolescente son a veces negativas y resultan intimidatorias para los jóvenes. Estos factores, entre otros, contribuyen a la reticencia de los jóvenes a usar los servicios de APV.

Los conceptos erróneos, los temores y la percepción del bajo riesgo figuran entre los obstáculos que dificultan la utilización de los servicios entre los jóvenes. Se necesitan enfoques innovadores para ayudar a los jóvenes, en particular las muchachas, a superar estos obstáculos y aprovechar las ventajas que ofrecen los servicios de asesoramiento y pruebas. Entre los desafíos que afrontan los programas que facilitan servicios de APV a los jóvenes se encuentran los siguientes:

- publicidad y promoción de servicios orientadas a la juventud;
- asesoramiento respetuoso con los jóvenes y remisión a otros servicios de salud y de apoyo psicosocial;
- proveedores de atención de la salud que no sean críticos; y
- acceso a jóvenes particularmente vulnerables, tales como los niños que no van a la escuela y los niños de la calle.

Se necesitan políticas nacionales claras para establecer la edad mínima de uso del servicio de APV sin consentimiento de los padres. Actualmente, en Zambia, los jóvenes deben haber cumplido 18 años para acceder a los servicios de APV sin el consentimiento de los padres. Sin embargo, las probabilidades de que utilicen los servicios de APV son al parecer menores si para ello necesitan el consentimiento de los padres.

KCTT trabaja para impulsar el uso de los servicios de APV entre los jóvenes, incluidos los servicios de apoyo posterior a la prueba. Para lograrlo, la organización adopta los siguientes enfoques:

- actividades de divulgación orientadas a educar a los jóvenes sobre el APV y a movilizarlos para usar sus servicios;
- acceso a asesoramiento prematrimonial y de pareja y a pruebas para parejas jóvenes;
- suministro de servicios de APV respetuosos con los jóvenes;
- facilitación de asesoramiento continuo y clubes posteriores a la prueba respetuosos con los jóvenes; y
- investigación operativa respecto al APV y los jóvenes.

Actividades de divulgación orientadas a educar a los jóvenes sobre el APV y a movilizarlos para usar sus servicios

Los gestores de KCTT informaron de que las actividades de divulgación tienen un papel clave en la decisión por parte de los jóvenes de usar los servicios de APV. Esto no es sólo como resultado de que estén informados sobre la existencia de tales servicios y les hayan explicado los procedimientos, sino también porque logran su participación en debates

acerca de las ventajas y desventajas del APV. Algunas de las dudas y ansiedades de los jóvenes se disipan mediante la interacción con animadores, y desarrollan un entendimiento mejor del valor de conocer su propio estado serológico con respecto al VIH. Los datos de los centros de APV de KCTT y los informes de los asesores confirmaron que son poquísimos los jóvenes que acuden a los centros de APV sin invitación previa, y la mayoría responde a invitaciones de los animadores. KCTT tiene dos enfoques para la divulgación comunitaria: un programa de divulgación con jóvenes seropositivos, que se dirige más a grupos, y un programa de movilización de la comunidad, que se dirige a personas. Los animadores reciben formación a través de KCTT y apoyo mediante tutelaje.

Los animadores seropositivos jóvenes, en su mayoría en los inicios de la veintena, generalmente se dirigen a grupos de personas: por ejemplo, en escuelas, clubes anti-SIDA, dispensarios, iglesias y centros de trabajo.

Hablan de sus experiencias personales, dan charlas educativas, promueven el APV y fomentan los debates y la escenificación de situaciones sobre el VIH/SIDA y cuestiones relacionadas con él. Con frecuencia, los animadores también visitan centros de encuentro y consulta para niños de la calle y hablan con jóvenes que no van a la escuela y trabajan en las calles. Los

animadores reciben 5000 kwacha⁹ por cada sesión de divulgación.



KCTT: Jóvenes agentes de extensión con su supervisora en la Hope House.

El otro firme componente de los esfuerzos de promoción del APV de KCTT es la movilización de la comunidad¹⁰ que llevan a cabo sus miembros jóvenes. Se seleccionó a jóvenes para entrar en contacto con sus comunidades y promover los servicios de APV principalmente por medio de contactos individuales. La mayoría de las personas encargadas de la movilización tienen algo más de 20 años de edad y bien han terminado la enseñanza secundaria o han dejado de estudiar en un grado superior. Algunos de ellos han sido seleccionados en los clubes posteriores a la prueba.



KCTT: Jóvenes movilizados de la comunidad del KCTT en el dispensario de Chawama.

Las personas encargadas de la movilización trabajan en la comunidad y se dirigen a la gente en la calle, mercados, tiendas y bares y en los dispensarios para darles información sobre el VIH y el APV. También van de casa en casa y responden a las invitaciones de escuelas, grupos de jóvenes e iglesias. Su principal grupo destinatario son los jóvenes entre 18 y 30 años de edad, a los que interesan en debates sobre el VIH/SIDA, las ITS y el APV para motivarles a usar los servicios de APV. Distribuyen invitaciones y reciben 2000 kwacha por cada una de las personas que aceptan la invitación de acudir al centro de APV. Los encargados de la movilización tienen más dificultades para establecer contacto con las muchachas que con los muchachos (un

⁹ 1.000 kwacha son aproximadamente 0,25 dólares estadounidenses.

¹⁰ Idealmente, las personas de KCTT encargadas de movilizar a la comunidad trabajan para cada uno de los centros de APV pero, debido a los recortes de plantilla, sólo actuaban en un dispensario cuando se evaluó el estudio de caso. El número de clientes se redujo considerablemente en los centros donde se detuvo la movilización en 2000.

número sustancialmente menor de muchachas utiliza los servicios de APV). Una de las personas de KCTT encargada de la movilización afirmó: *“A menudo resulta difícil hacer que la gente venga para el APV. Muchos vienen cuando les decimos que obtendrán tratamiento gratuito para las ITS y la TB después de pasar la prueba¹¹. Nos gusta mucho nuestro trabajo, pero movilizar a la gente y desplazarse a la comunidad también puede ser un trabajo arriesgado porque algunas personas piensan que todos los encargados de la movilización son seropositivos y no nos tratan bien. Pero otros se muestran entusiasmados cuando nos ponemos en contacto con ellos y dicen ‘llevame allí ahora mismo’”.*

Acceso a asesoramiento y pruebas prematrimoniales y de pareja para parejas jóvenes

Por medio de la promoción activa del asesoramiento y las pruebas prematrimoniales y de pareja, KCTT atrae a muchas parejas jóvenes de edades en torno a los

20 años. Los asesores informan de que cada vez son más los jóvenes que deciden someterse a la prueba de VIH junto con su pareja al comenzar una nueva relación o antes de casarse. KCTT también ha establecido vínculos con algunas iglesias, que fomentan el asesoramiento y las pruebas prematrimoniales.

De acuerdo con un estudio realizado en KCTT (véase la sección “Investigación operativa”), la mayoría de las personas entrevistadas de menos de 20 años de edad tenían la intención de someterse a la prueba junto con su pareja antes de mantener relaciones sexuales o casarse. Un cliente de APV de 18 años de edad explicó: *“Con la muchacha con la que estoy ahora, dado que he aceptado mantener una relación con ella, es mejor hacerse la prueba del VIH. Ella aceptó someterse a la prueba y resultó seronegativa. En cuanto a mí, soy seronegativo, así que ahora tenemos que ser muy fieles. Si alguna vez tengo otra novia, tendré que hacerle la misma petición, porque quiero proteger mi vida”.*

¹¹ Las personas que utilizan los servicios de APV que ofrece KCTT tienen acceso parcial a atención médica gratuita, incluido el tratamiento de TB e ITS. Véase también el Capítulo 3, bajo ‘Servicios posteriores a la prueba’.

Suministro de servicios de APV respetuosos con los jóvenes

Cuadro 6

‘Servicios de salud respetuosos con los jóvenes’ (SSRJ) en Zambia

Los ‘Servicios de salud respetuosos con los jóvenes’ (SSRJ) son un programa de alcance nacional de educación entre compañeros basado en dispensarios que cuenta con el apoyo, entre otros, de CARE y el UNICEF, y tiene un firme enfoque en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En muchos centros de salud de Zambia, los educadores inter pares están a disposición de los clientes adolescentes para escuchar sus problemas, suministrar información y distribuir preservativos. Según informaron los jóvenes, les resulta más fácil dirigirse a sus compañeros para tratar cuestiones relacionadas con la sexualidad dado que la confidencialidad es importante. Los centros normalmente suministran espacio aparte para los SSRJ con objeto de asegurar la intimidad.

Los educadores inter pares de los SSRJ actúan como enlace entre los jóvenes y los agentes de salud y, de ser necesario, remiten a sus clientes al dispensario y a los servicios de APV. También dirigen actividades de animación para escuelas y comunidades. Los SSRJ están integrados en todos los centros donde opera KCTT y los asesores de APV y los encargados de la movilización comunitaria colaboran con los educadores inter pares de los SSRJ, que son compañeros de confianza en la movilización relativa al APV. Los asesores también remiten a los clientes jóvenes a los SSRJ, en especial para hablar sobre relaciones sexuales seguras y distribución de preservativos.

Después de las visitas de los animadores de KCTT a las escuelas, los estudiantes a menudo acudían en grupos al centro de APV porque se había despertado su interés y deseaban averiguar más acerca de los servicios. Los asesores organizan sesiones de grupo de educación y asesoramiento general y ofrecen APV a los

mayores de 18 años. KCTT utiliza la educación de grupo como forma de introducir el concepto de APV entre los jóvenes menores de 18 años, hacer que se sientan a gusto en el entorno y reducir sus temores a visitas futuras. Los asesores de KCTT consideran que, una vez el joven o la joven ha estado en un centro

de APV, sabe cuándo y cómo actúa y comprende mejor el VIH/SIDA y el APV, habrá más posibilidades de que utilice los servicios de APV en el futuro.

Los agentes de salud, especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, tienen a veces la actitud de que los jóvenes deberían practicar la abstinencia y por consiguiente no siempre tratan a los que acuden en busca de ayuda de forma amistosa y respetuosa. Por esta razón, los asesores de APV de KCTT reciben capacitación básica respetuosa con los niños y los jóvenes, que les capacita para estar sensibilizados con los problemas y necesidades especiales de los jóvenes y responder a ellos de modo adecuado. Se ha probado recientemente el programa de un curso de dos semanas más exhaustivo de capacitación respetuosa con los niños y los jóvenes, y todos los asesores de APV recibirán poco a poco esta capacitación.

Desde 1989, el centro de formación de KCTT también ha impartido a enfermeras y centros de salud capacitación en el área de la sensibilización y del asesoramiento básico sobre el VIH/SIDA. Varios centenares de enfermeras han recibido formación para acrecentar su comprensión de la sexualidad de los jóvenes y evitar que sean críticas cuando se relacionen con ellos.

Los servicios de APV de KCTT son gratuitos. El horario de apertura de los centros en los días laborables es de 8 de la

mañana a 5 de la tarde, lo que se adecúa a los jóvenes, que pueden optar por acudir a los servicios de APV antes o después de ir a la escuela o durante el horario escolar. También abren el sábado por la mañana un centro independiente y otro anejo a un centro de salud.

Facilitación de asesoramiento continuo y clubes posteriores a la prueba respetuosos con los jóvenes

Los jóvenes que obtienen un resultado positivo en la prueba del VIH necesitan ayuda para aceptar su estado, incluida la ayuda para comunicárselo a sus familias y pareja o parejas sexuales. Según han informado los jóvenes, a menudo resulta difícil mantener relaciones sexuales seguras después del APV y los jóvenes tanto seropositivos como seronegativos necesitan más estímulo y apoyo.

KCTT, además de ofrecer asesoramiento continuo, ha creado clubes posteriores a la prueba en todos los centros de APV para ofrecer a los clientes seropositivos y seronegativos un entorno seguro y confidencial donde puedan analizar las consecuencias de la prueba del VIH e intentar aceptar su estado serológico en un entorno de grupo. La mayoría de los miembros de los clubes son jóvenes, aunque se acoge a clientes de cualquier grupo de edad. Los clubes se reúnen

quincenalmente bajo la dirección de un asesor de KCTT, y participan como facilitadores tanto encargados de la movilización como educadores inter pares respetuosos con los jóvenes. Los asesores de KCTT también fomentan la participación en proyectos comunitarios entre los miembros jóvenes de los clubes posteriores a la prueba de Choma, Provincia Meridional. Aunque a los clubes posteriores a la prueba se los considera muy útiles, los gestores de programa informan de que se necesitan urgentemente otros servicios continuados de apoyo para jóvenes seropositivos. Por consiguiente, el programa también procura desarrollar la capacidad de las organizaciones de jóvenes dando apoyo posterior a la prueba a jóvenes tanto seronegativos como seropositivos y fortalecer la colaboración con los servicios de APV y el sistema de remisión a dichos servicios.

El gestor de APV de KCTT informó: *“La gente recibe ánimos en los clubes posteriores a la prueba. Esos clubes han contribuido en gran medida a reducir el estigma contra las personas seropositivas, ya que miembros de los clubes de todas las edades se relacionan libremente en el grupo, normalmente sin conocer el estado serológico de los demás. Algunos declararon que antes de pasar la prueba y unirse al grupo se sentían incómodos cerca de personas seropositivas, lo que cambió al ir al club. Se corrigieron sus ideas equivocadas respecto a las personas seropositivas”*.

Investigación operativa respecto al APV y los jóvenes

KCTT participa a menudo en proyectos de investigación operativa dirigidos a guiar y mejorar sus enfoques de programa. Por ejemplo, en junio de 2000, en colaboración con KCTT y con el apoyo del UNICEF Zambia, se llevó a cabo en Lukasa un estudio a pequeña escala con 30 participantes jóvenes, de edades comprendidas entre 15 y 20 años, para identificar factores que influyen en las decisiones que toman los jóvenes zambianos respecto al uso de los servicios de APV. Entre los factores motivadores más destacados figuraron:

- la relación con animadores inter pares, que brindaba a los jóvenes la posibilidad de hablar y reflexionar sobre el APV;
- el deseo de saber el lugar que uno ‘ocupa en la vida’;
- los planes de casarse;
- el deseo de cambiar de vida y reducir la actividad sexual o pasar a la abstinencia (“empezar de nuevo”);
- el estímulo de las parejas sexuales para que usaran los servicios de APV;
- el estímulo de amigos que habían usado los servicios de APV; y
- la pertenencia a grupos comunitarios que apoyaban el APV, especialmente los clubes anti-SIDA.

Entre los factores que tuvieron una repercusión negativa en la decisión de acudir al APV figuraron:

- la percepción de que uno no podría enfrentarse a un resultado serológico positivo de la prueba y estaría demasiado perturbado para seguir en la escuela o se suicidaría;
- la creencia de que ser seropositivo equivale a tener SIDA y estar próximo a la muerte;
- la creencia de que uno fallecería antes si se confirmara el estado serológico positivo;
- la creencia de que uno no está expuesto a la infección por el VIH pese a un comportamiento sexual peligroso;
- la percepción de que los compañeros disuaden de acudir a los servicios de APV; y
- el temor al rechazo de la familia y los amigos, y a la discriminación y estigmatización.

Acudir a los servicios de APV requiere asimismo que los jóvenes reconozcan previamente que son sexualmente activos, lo que al parecer resultó mucho más difícil para las muchachas que para los muchachos. Según el estudio, las percepciones negativas del sexo parecen dificultar en particular a las muchachas hablar sobre cuestiones sexuales y tomar la decisión de acudir a los servicios de APV, especialmente cuando no presentan síntomas de enfermedad.

Resumen

La respuesta a las necesidades especiales de los jóvenes tiene prioridad en el programa de KCTT y la organización adopta diversos enfoques para estimular a los jóvenes a que usen los servicios de APV y los servicios posteriores a la prueba. Las experiencias demuestran que las actividades de divulgación inter pares son decisivas para ayudar a los jóvenes a vencer los obstáculos que dificultan el uso de los servicios. El suministro de pruebas y asesoramiento a parejas y prematrimoniales atrae a muchos jóvenes, y algunas iglesias se asociaron en la promoción de estos servicios. La estrecha colaboración entre los servicios de APV y el programa clínico de educación inter pares ‘Servicios de salud respetuosos con los jóvenes’ (SSRJ) facilita la remisión de jóvenes. Los asesores de APV reciben formación respetuosa con los niños y los jóvenes con el fin de abordar los prejuicios contra la sexualidad de los jóvenes y comprender sus problemas y necesidades y abrirse a ellos. Y lo que es muy importante, se ofrece apoyo psicológico posterior a la prueba por medio de asesoramiento continuo y clubes posteriores a la prueba respetuosos con los jóvenes. Sin embargo, se necesitan con urgencia redes de apoyo más amplias en la comunidad.

2.4 Los servicios de APV dirigidos a grupos de población general

“Cuando se realizan de modo adecuado, el asesoramiento y las pruebas voluntarias pueden ayudar a romper el círculo vicioso de miedo, estigma y negación.”

Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, ONUSIDA, junio de 2000

Además de los servicios que se centran más directamente en las mujeres embarazadas, los jóvenes y los clientes de los centros de TB, los modelos de servicios de APV incluyen los que se dirigen a la población general. En muchos países subsaharianos, el APV sigue siendo una intervención de programa relativamente nueva, que concentra en zonas urbanas los pocos servicios disponibles. Hay un amplio acuerdo sobre la necesidad urgente de poner los servicios a disposición de las poblaciones semiurbanas y rurales.

Este estudio de caso se basa en las experiencias del **Organismo de Apoyo y Prevención del SIDA** (ZAPSO) de Zimbabwe.

Visión general del Organismo de Apoyo y Prevención del SIDA de Zimbabwe

Zimbabwe es uno de los países de África subsahariana más afectados por el VIH. En la capital, Harare, que tiene una población de un millón de habitantes, la vigilancia centinela de los centros prenatales señala que cerca del 25% de las mujeres están infectadas por el VIH. ZAPSO es una ONG zimbabwense que suministra servicios de APV en pequeña escala. Hasta septiembre de 1998, cuando ZAPSO estableció el primer servicio de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, no había ningún lugar en Harare, aparte de los centros médicos, donde se pudiera obtener APV.

El VIH afecta a todas las zonas de Zimbabwe. Los servicios de APV se concentran en gran medida en emplazamientos urbanos y ZAPSO aspira a facilitar cada vez más servicios para personas que habitan zonas rurales. Tras el desarrollo del primer emplazamiento, ZAPSO está adaptando su modelo de APV a otros centros. Ésto es un ejemplo de cómo una ONG puede desarrollar sus servicios para responder a las necesidades de las comunidades a las que sirve. Asimismo refleja las dificultades que tienen para expandir sus servicios las pequeñas ONG locales, que a menudo dependen de diferentes fuentes de

financiación. Se describen tres modelos de prestación de servicios de APV:

- el primer modelo de ZAPSO es un local independiente de APV situado en el centro de Harare, que presta servicio a una población que trabaja en el centro de la ciudad;
- el segundo modelo es un servicio de APV anejo a un concurrido dispensario de atención primaria de salud de un suburbio de Harare densamente poblado;
- el tercer modelo que ha usado ZAPSO es el de locales independientes ubicados en entornos rurales o semirurales.

APV independiente en un entorno urbano

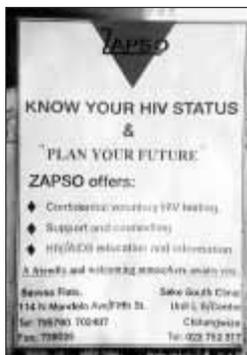
Un análisis de situación mostró que, pese a que en Harare había muchas personas con un buen conocimiento básico sobre el VIH, desconocían los beneficios de la prueba del VIH y muy pocas se habían sometido a ella. En la encuesta, realizada a más de 2000 habitantes de Harare, el 60% declaró que se plantearían el APV si estuviera disponible. Señalaron que el elemento más importante del servicio era que se asegurase la confidencialidad.

En 1998, a raíz de este análisis de situación, ZAPSO abrió su primer local de APV en el centro de Harare, con el objetivo de que fuera fácilmente accesible

para los trabajadores. Es un servicio de APV independiente y las personas pueden acudir sin cita para recibir APV anónimamente. Muchas de las personas que acuden a este centro trabajan en las cercanías y se ve a más varones que mujeres, lo que refleja la población trabajadora local. Aunque los asesores acogen a parejas y reconocen que el APV es más eficaz cuando puede recibirse a las parejas juntas, la mayoría de las personas acuden solas y muchas están poco dispuestas a volver con sus parejas o cónyuges. Las personas que acuden valoran el anonimato y la ventaja del emplazamiento, debido especialmente a que pueden usar los servicios después de trabajar o en la pausa de la comida.

El suministro de apoyo continuado, sin embargo, ha resultado difícil y la formación de un club posterior a la prueba no resultó satisfactoria. Los gestores de programa sugieren que puede haberse debido al hecho de que el centro no sirve a una comunidad en particular, y el lugar atrae a personas procedentes de una amplia zona geográfica. Los asesores del centro de Harare consideraron que el asesoramiento y el apoyo continuados eran importantes para algunos clientes que seguían el APV, en especial para quienes obtenían un resultado seropositivo. Cuando las personas necesitaban más asesoramiento posterior a la prueba, el asesor podía facilitararlo, pero un seguimiento de larga duración se considera

fuera del cometido de ZAPSO y, cuando es necesario, se hacen remisiones a los servicios de asesoramiento general y a los grupos de apoyo a personas que viven con el VIH/SIDA. Se han hecho esfuerzos para asegurar que el centro sea acogedor y confortable.



Hoja de bienvenida al centro de APV de ZAPSO, en Harare.

APV integrado en los servicios de atención primaria de salud

En enero de 2000, ZAPSO creó el segundo centro de APV en un dispensario de salud primaria de Chitungwiza, suburbio densamente poblado a 30 km de Harare. Se acometió un proceso de consulta entre la comunidad local y el personal sanitario del dispensario para suministrar un servicio aceptable para la comunidad local. El personal sanitario también recibió formación a fin de que apreciara los beneficios y precauciones relacionadas con el APV y trabajara satisfactoriamente junto con el personal de asesoramiento. Hasta la fecha, es más

probable que acudan mujeres y personas con síntomas relacionados con el VIH/SIDA.

Existe una estrecha relación con otros agentes de salud del dispensario, lo que facilita las remisiones entre servicios, incluidos los servicios de planificación familiar, análisis sistemático y tratamiento de ITS, los servicios de TB y las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH para mujeres embarazadas. Aquí, los asesores trabajan en estrecha relación con el personal clínico para facilitar APV tanto a los clientes del dispensario como a las personas procedentes de la comunidad vecina. Las remisiones cruzadas entre el dispensario y el servicio de APV han demostrado ser de gran ayuda. El apoyo posterior a la prueba es una característica destacada de esos servicios. Se han creado diversos grupos de apoyo posterior a la prueba, entre los cuales algunos ofrecen actividades que generan ingresos, incluida la horticultura y la venta de ropa usada.

APV independientes en emplazamientos rurales y semirurales

En fecha reciente, ZAPSO estableció dos nuevos locales independientes a 300 km al sur de Harare, en un punto rural de control del crecimiento infantil, que es el primer centro rural de APV del país. Reconociendo la falta de servicios de

APV para la población del campo y la periferia urbana de Zimbabwe, ZAPSO respondió a la petición formulada por el gobernador provincial de Masvingo de establecer dos centros de APV en su provincia, uno en la ciudad y otro en Gutu, punto rural de control del crecimiento. Tanto el centro de Masvingo como el de Gutu entraron en funcionamiento en el segundo trimestre de 2001, y han generado un respuesta enormemente positiva.

En la fase inicial de planificación del proyecto, ZAPSO llevó a cabo un análisis de situación utilizando métodos de reflexión y acción participatorias (RAP) para determinar los puntos de vista de las comunidades, sus percepciones y actitudes respecto al VIH/SIDA y el APV en el distrito de Gutu. El equipo contrató a 12 personas de la localidad para que prestaran apoyo en la recogida de información mediante entrevistas semiestructuradas, y a otras dos personas para que se unieran al equipo de ZAPSO en sus debates de grupo de orientación estratégica.

El ejercicio de RAP puso de manifiesto una rica información sobre las percepciones de la comunidad y sus actitudes respecto al VIH/SIDA, así como sus puntos de vista y sentimientos sobre la implantación del servicio de APV en Gutu. A partir de la elevada tasa de respuesta vista en las entrevistas semiestructuradas y de la tasa de asistencia a los grupos de orientación, se observó que entre la comunidad había un gran

deseo de participar en las iniciativas de prevención y una disposición creciente a conocer el propio estado serológico con respecto al VIH.

Se desarrolló un plan de acción comunitaria partiendo de los resultados de la RAP. Este plan se compartió con todas las partes interesadas y resultó útil para planear las actividades del proyecto y concebir las herramientas de vigilancia y evaluación del mismo. La información del grupo de orientación también puso de manifiesto que las comunidades preferían que los centros de APV estuvieran alejados de los entornos hospitalarios. La gente hizo comentarios sobre la falta de confianza en que el personal sanitario fuera capaz de mantener la confidencialidad en estas comunidades pequeñas. ZAPSO contrató a un coordinador de proyecto, dos enfermeras asesoras y dos encargados de la movilización comunitaria para dar cobertura a los dos centros a principios de 2001. Se necesitó un equipo multidisciplinario para reunir las actividades de movilización comunitaria necesarias para complementar el centro. El personal trabaja en estrecho contacto con el Comité del SIDA en el distrito para reforzar la confianza en el servicio entre la comunidad.

Haciendo uso de la experiencia adquirida con la apertura de los dos primeros centros de Harare y Chitungwiza, ZAPSO anunció ampliamente la apertura de los centros de Masvingo y Gutu

utilizando la prensa local, distribuyendo folletos y haciendo declaraciones en la radio. Hasta la fecha, han acudido a esos centros más mujeres que varones. Durante las tres primeras semanas desde la apertura acudió un gran número de jóvenes, debido a que este periodo coincidió con las vacaciones escolares. Pese a que los centros carecen de pruebas con la obtención de resultados en el mismo día, más del 95% de los clientes que se han sometido a la prueba de detección del VIH han vuelto a recoger los resultados, lo que muestra el compromiso por conocer su estado serológico y la confianza en el servicio ofrecido.

Resumen

Los servicios de ZAPSO indican que distintos modelos pueden ser adecuados para distintas comunidades. Esto pone de relieve la importancia de una planificación comunitaria participatoria para determinar, antes de que se apliquen los servicios de APV, el grado de aceptación y el modelo de servicio de APV propuesto. Se concluyó que los factores comunitarios locales, tales como la percepción por parte de la comunidad de la confidencialidad dentro de los entornos sanitarios, fueron diferentes de un entorno a otro, y esto repercutió en el modelo de APV seleccionado. Las experiencias de ZAPSO mostraron que, en la aplicación de todo nuevo servicio, es esencial que se realicen actividades basadas en la comunidad para sensibilizar sobre el servicio; que el servicio responda a las expectativas y necesidades de la comunidad; y que se ofrezca apoyo psicosocial continuado a las personas diagnosticadas con el VIH.

3. Enfoques y cuestiones generales del APV

3.1 Objetivos y principios comunes

El asesoramiento previo y posterior a la prueba forma parte de los servicios ofrecidos en todos los centros de APV. Los servicios son **voluntarios**, y los utilizan clientes que ya han decidido que desean someterse a la prueba del VIH. En el proyecto DART, todas las mujeres embarazadas reciben asesoramiento previo a la prueba y deciden luego si desean someterse a ésta.

La **confidencialidad** es un componente esencial de todos los servicios mientras que, al mismo tiempo, se promueve la franqueza con las parejas y las familias respecto al estado serológico. Los servicios son **anónimos** y los resultados nunca se dan por teléfono ni se comunican a otra persona. Se identifica a los clientes solamente mediante números, incluso si están registrados por su nombre. Si lo solicitan, los clientes de APV en el NDP reciben los informes del laboratorio con el nombre del cliente y el resultado de la prueba del VIH.

Las sesiones de asesoramiento se **adaptan a la persona o la pareja** que asiste a ellas. Aunque hay elementos comunes en el contenido de las sesiones de asesoramiento, los asesores señalan que la prueba del VIH a menudo es sólo una entre varias de las cuestiones relevantes que se tratan en las sesiones de asesoramiento. Las dificultades de una relación y los problemas familiares suelen ser también factores subyacentes en el deseo de obtener APV. También se da importancia a la **continuidad del asesoramiento**, y la mayoría de los clientes ven al mismo asesor para el asesoramiento previo y posterior a la prueba.

3.2 Principales desafíos interdisciplinarios

“[...] el estigma, el silencio, la discriminación y la negación, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento, e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones, y son aspectos a los que también se debe hacer frente.”

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, junio de 2001

En todos los programas analizados, tanto los gestores de programa como los asesores hablaron de dos grandes desafíos interdisciplinarios. Estos son:

- reducir el estigma y la discriminación; y
- revelar a las parejas y familias el estado serológico con respecto al VIH.

Reducir el estigma y la discriminación

A pesar de que sigue creciendo el número de personas que acceden a los centros de APV, son aún frecuentes el miedo y las percepciones erróneas que

se asocian con el VIH, especialmente en cuanto a conocer el propio estado serológico. Todos los gestores de programa informaron de que, pese a la alta prevalencia del VIH en su país, ésta sigue siendo una cuestión sobre la que las personas siguen estando poco dispuestas a ser francas, lo que constituye un gran obstáculo para la prevención del VIH y los esfuerzos de atención. El temor de la estigmatización aún impide a muchas personas someterse a la prueba y determinar su estado serológico con respecto al VIH. Los agentes de salud de varios proyectos confirmaron que asimismo impide a las personas acceder a los servicios de atención y apoyo después de recibir asesoramiento y someterse a la prueba. *“La gente no desea ir al grupo de apoyo porque no quiere que otros la vean allí”*, informa una de las enfermeras.

Algunos gestores de proyecto, por ejemplo en el Proyecto piloto de TB/VIH, informaron de que ha sido difícil lograr la participación de personas seropositivas en la planificación y aplicación de programas y en las actividades de divulgación. Aunque a algunas les gustaría participar más, muchas están poco dispuestas a ser francas sobre su estado seropositivo ya que temen el estigma y la discriminación. Se necesitan grandes esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación en las comunidades.

El APV, cuando se lleva a cabo de modo adecuado, puede ayudar a romper el círculo vicioso de temor, estigma y negación. Los gestores de KCTT informaron de que, en las comunidades donde se han suministrado servicios durante varios años, el APV se ha ‘normalizado’ y un número creciente de personas usa los servicios. Los gestores del NDP informan de que la amplia participación de varones y mujeres en la educación y sensibilización de su comunidad lentamente ha reducido el estigma y la discriminación, y cada vez más mujeres y varones comparten sus resultados de la prueba con sus parejas y familias.

Revelar a las parejas y familias el estado serológico con respecto al VIH

Los asesores de todos los proyectos informan de que uno de los desafíos más significativos de su trabajo es ayudar a los clientes seropositivos a superar su reticencia a comunicar a sus parejas sexuales el propio estado serológico con respecto al VIH. Revelar el estado serológico y hablar del APV sigue siendo especialmente difícil para las mujeres. *“Las mujeres son negociadoras poco firmes. Incluso si son seronegativas y saben que corren riesgo, tienen miedo. Algunas tienen la fortaleza para hablar sobre la prueba e inician el uso de preservativos*

en el hogar. Queda mucho por hacer, especialmente para las mujeres pobres y las de zonas rurales que dependen enteramente de los ingresos del esposo”, observa un asesor de ZAPSO. Los asesores de ZAPSO han desarrollado una serie de técnicas para ayudar a facilitar la revelación del estado serológico, entre ellas la escenificación de situaciones. También se ofrecen a suministrar un entorno neutral al margen del hogar y facilitar a los clientes la revelación de los resultados de la prueba a sus parejas u otras personas importantes.

Los asesores del NDP y del Proyecto DART también informan de que las mujeres tienen especiales dificultades en revelar su estado seropositivo a sus parejas y sus familias porque temen el rechazo, el abuso y la discriminación. En algunos casos, estos temores son justificados, y las mujeres también informaron de que se habían visto obligadas a revelar su estado después de que sus parejas o familias averiguaron que habían acudido a someterse a la prueba del VIH. Los asesores del NDP animan a las mujeres a revelar su estado serológico a sus parejas y familias lo más pronto posible después de hacerse la prueba. Los asesores comunitarios y de APV también actúan como mediadores si se lo piden (por ejemplo, si las mujeres temen la violencia) y, según los coordinadores del NDP, hasta la fecha todos los casos que han tenido mediación han sido satisfactorios. El compar-

tir experiencias con otras mujeres en clubes posteriores a la prueba, tales como en el DART, o la escenificación de situaciones facilitada por ZAPSO, se mencionan como medios de capacitar a las mujeres para revelar su estado serológico con respecto al VIH.

Los asesores consideran de gran importancia la necesidad de desarrollar mejores enfoques para ayudar a los jóvenes a revelar su estado serológico con respecto al VIH a sus parejas sexuales, sus amigos y, especialmente, sus familias. Creen que ello también ayudará a que otros jóvenes acudan al APV, a prevenir nuevas transmisiones del VIH y a evitar que los jóvenes seropositivos se queden aislados y sufran desequilibrios emocionales.

3.3 Entornos y gestión de los servicios de APV

Los servicios de APV en el DART, el NDP y el Proyecto piloto de TB/VIH están integrados en entornos sanitarios. ZAPSO y KCTT administran locales independientes así como servicios anejos a dispensarios. Todos los locales ofrecen un servicio sin cita previa. Los servicios de APV están disponibles durante los días laborables, con diversos horarios de apertura. Pocos locales abren los sábados.

Anteriormente, KCTT ofrecía servicios de APV a lo largo del fin de semana y los asesores declararon que muchas parejas preferían acudir el domingo. Debido a restricciones económicas, estos servicios no pudieron continuar.

El gestor del proyecto ZAPSO explicó que, en los locales independientes, se está realizando un esfuerzo considerable para que el centro resulte atractivo a los clientes.



Una sesión de asesoramiento en ZAPSO. Las salas de asesoramiento están concebidas para que el cliente se sienta cómodo y relajado.

El recepcionista ha recibido capacitación para dar la bienvenida a todos los clientes y pasarles a la sala de espera, donde tienen a su disposición bebidas frías. A continuación, uno de los asesores se reúne con el/la cliente y lo conduce a una de las salas de asesoramiento. Éstas han sido diseñadas para crear un ambiente lo más relajante posible, con sillas sencillas y sin un escritorio que actúe como barrera entre el asesor y el cliente.

Todos los proyectos procuran garantizar la **intimidación** durante las sesiones de asesoramiento, aunque la falta de espacio, en especial en los dispensarios, es un problema en algunos casos. La situación de las salas de asesoramiento a menudo no es suficientemente privada. Los asesores informaron de que, donde los servicios de APV y otros servicios clínicos comparten la misma sala de espera, los clientes son a veces reacios a usar los servicios de APV porque temen ser vistos cuando entran en la sala. En uno de los dispensarios del NDP, por consiguiente, se han creado nuevas salas de asesoramiento con fondos del proyecto. Las salas se encuentran en una zona privada de los servicios de atención prenatal, y los servicios están abiertos a las mujeres embarazadas así como a otros clientes. Los asesores comunitarios y sus clientes también pueden hacer uso de las salas.

Los programas de **dirección y coordinación** varían de un proyecto a otro:

- La coordinación general de los servicios de APV del DART se hace con el Centro de VIH Perinatal del hospital Chris Hani Baragwanath. Hay tres asesores del DART responsables de la coordinación y la gestión diaria de los servicios de APV en el hospital y los dispensarios.
- En el Proyecto piloto de TB/VIH, hay un gestor de proyecto general para todos los dispensarios partici-

pantes y cada dispensario tiene un coordinador clínico responsable del proyecto. Los coordinadores clínicos se encargan de varios asuntos del servicio de APV, incluidos el control de existencias, la recogida de datos para estadísticas y la calidad de las pruebas. La gestión de personal, incluidos los asesores no profesionales, corresponde a los gestores clínicos que, en algunos dispensarios, son también los coordinadores del proyecto.

- El Equipo de Gestión de la Salud del Distrito de Nodola (DHMT), con el apoyo del Proyecto LINKAGES, gestiona el NDP. La enfermera responsable del dispensario Lubuto, el coordinador del VIH/SIDA del DHMT y el coordinador de asociaciones comunitarias, así como el personal de LINKAGES desempeñan una función supervisora de los asesores de APV en todos los dispensarios, y tienen responsabilidades de dirección y de control de calidad. Cada dispensario nombró a una enfermera como responsable del APV.
- KCTT tiene un coordinador de APV para los seis locales y un coordinador para la movilización comunitaria y el programa de divulgación. Normalmente, una enfermera jefa supervisa los servicios de APV de cada dispensario.
- ZAPSO tiene un director para coordinar todas las actividades de APV.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

El apoyo directivo es crítico

Todos los proyectos estuvieron de acuerdo en señalar que un gestor dedicado que proporcione dirección, retroalimentación y ayuda en relación con la planificación y capacitación es esencial, en particular cuando los servicios de APV se están poniendo en marcha. Como lo resume el gestor del Proyecto piloto de TB/VIH: *“Necesitas apoyo al principio para ayudar en el proceso de aplicación. Sería perfecto que tuviéramos un equipo de suministro, incluidas enfermeras, gestores y capacitadores, que pudiera desplazarse entre los distintos locales. Varias personas podrían así ofrecer apoyo temporal adicional al personal de diversas formas. En algunos dispensarios, hemos puesto una enfermera profesional más, lo que ha resultado útil pero también ha tenido sus limitaciones, ya que estas personas tienden a convertirse en las responsables del proyecto. Entonces el proyecto no llega a estar integrado adecuadamente”*.

Debe consultarse a las comunidades sobre el emplazamiento de nuevos locales de APV

Es probable que aumente la aceptación y el uso de los servicios de APV consultando a la comunidad sobre el emplazamiento que prefiere para un nuevo local de APV. ZAPSO y el NDP establecieron

sus locales de APV de acuerdo con los deseos de las comunidades a las que iba dirigido. Mientras los grupos dirigidos de discusión que ZAPSO organizó pusieron de manifiesto la preferencia de las comunidades de que los centros de APV estuvieran alejados de los entornos hospitalarios, la investigación formativa del NDP puso de manifiesto la clara preferencia entre los miembros de la comunidad de que se ofrecieran los servicios de APV en los centros de salud. A las personas que se sienten incómodas sometándose a la prueba en su dispensario comunitario, en el NDP se las anima a acudir a otro dispensario para solicitar APV.

3.4 Estrategias de pruebas

De cinco proyectos, cuatro (el DART, algunos de los centros del NDP, el Proyecto piloto de TB/VIH y KCTT) llevan a cabo pruebas rápidas in situ, y los resultados están disponibles aproximadamente menos de una hora después. Una de las enfermeras afirma: *“Los clientes descubrieron que era mucho mejor tener los resultados de inmediato. Se reduce la ansiedad”*. Actualmente, ZAPSO y algunos dispensarios del NDP envían todas las muestras de sangre a laboratorios para hacer las pruebas y los resultados suelen estar disponibles al cabo de dos días y, en los centros del NDP, a veces en el mismo día. Pese a

que actualmente no disponen de pruebas con la obtención de resultados en el mismo día, las tasas de regreso en los dos proyectos son altas: más del 95% de los clientes de ZAPSO han vuelto a recoger los resultados de la prueba de detección del VIH. Los dos proyectos planean hacer pruebas rápidas in situ en el futuro, lo que también reducirá los costos de transporte a los laboratorios.



Proyecto piloto de TB/VIH: Una enfermera extrae sangre para una prueba rápida del VIH.

Todos los centros donde se realizan pruebas rápidas siguen en su mayor parte el mismo protocolo. Cuando la primera prueba de detección es negativa, la enfermera completa el registro del VIH y el asesor informa al cliente durante el asesoramiento posterior a la prueba. Si el resultado es positivo, se realiza de inmediato una prueba confirmatoria. Si se confirma el resultado positivo, se dan al cliente los resultados de la prueba durante el asesoramiento posterior a ésta. Si el resultado de la prueba confirmatoria

es negativo, algunos centros, incluidos el Proyecto piloto de TB/VIH¹² y el Proyecto DART, envían una muestra venosa al laboratorio del hospital para que se haga una prueba ELISA, mientras que los propios asesores del NDP y de KCTT realizan una tercera prueba rápida en el caso de que los resultados hayan sido indeterminados.

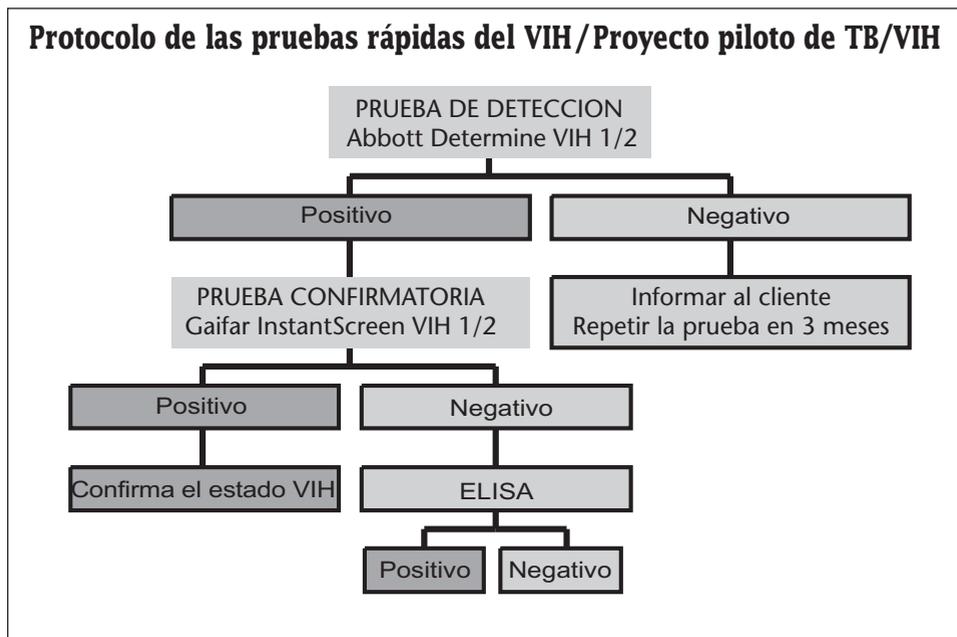
Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Debe darse alta prioridad al control de calidad

Todos los proyectos pusieron de relieve la necesidad de vigilar las existencias y asegurar que la calidad de las pruebas sea siempre de un alto nivel.

Todos los centros tienen libros de registro de laboratorio en los que se inscribe cada estuche de pruebas, y el personal responsable hace con frecuencia controles de existencias de los estuches de pruebas. El Proyecto piloto de TB/VIH, por ejemplo, registra el número de pruebas recibidas, el uso de pruebas y los problemas que se han experimentado. El objetivo es asegurar que se rinde cuenta de los estuches de pruebas y el personal o los clientes no se los 'llevan' y los usan en lugares impropios con apoyo de asesoramiento insuficiente.

¹² Entre 900 casos positivos del Proyecto piloto de TB/VIH en 2000, hubo 11 resultados indeterminados, todos ellos confirmados como positivos en una prueba de inmunosorción enzimática (ELISA).



Fuente: Proyecto Piloto de TB/VIH

La mayor parte de los centros también vigilan la precisión de las pruebas mediante pruebas periódicas realizadas en cierto porcentaje de muestras de sangre. Esas pruebas se realizan en los centros de APV o se envía al laboratorio una muestra de tomas de sangre para que se hagan pruebas independientes. En los dispensarios del Proyecto piloto de TB/VIH, por ejemplo, el 'gestor de enfermería del área' hace una prueba de calidad del procedimiento de pruebas cada seis meses usando una lista de comprobación supervisora.

3.5 Población destinataria y uso de los servicios

Las poblaciones destinatarias y los usuarios de los servicios varían considerablemente entre los cinco programas estudiados. Cuatro de los proyectos (el Proyecto DART, el NDP, el Proyecto piloto de TB/HIV y ZAPSO) procuran proporcionar servicios de APV que sean accesibles al público general, aunque es posible que incluyan un enfoque sobre un grupo

específico de clientes. En el NDP, por ejemplo, los principales grupos destinatarios son las mujeres embarazadas atendidas por los servicios prenatales de los dispensarios y por parteras tradicionales en el nivel comunitario, así como las parejas de las mujeres embarazadas. En contraposición, los servicios de APV del Proyecto DART sólo están a disposición de las mujeres embarazadas que acuden a los servicios prenatales, así como de sus parejas. Algunos centros de APV atienden a cifras considerables de clientes de otras comunidades que por motivos de anonimato prefieren usar los servicios que no están en las inmediaciones.

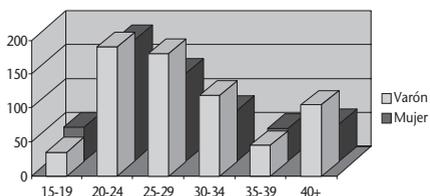
- Los servicios del **NDP** y del **DART** son usados principalmente por mujeres que acuden a los servicios prenatales. En el NDP, una parte considerable de los clientes también se compone de mujeres que acuden a los servicios posnatales o curativos o de mujeres que han sido remitidas por los proveedores de servicios comunitarios. Entre octubre de 2000 y febrero 2001, la tasa promedio mensual de asistencia clínica prenatal a uno de los dispensarios del DART (dispensario Zola) fue de unas 250 mujeres. En esos cinco meses, se dio asesoramiento previo a la prueba a 1243 mujeres, de las que el 88,6% decidió someterse a la prueba del VIH. En los seis dispensarios que participan en el NDP, 970 personas usaron los servicios de APV entre abril de 2000 y

febrero de 2001, incluidas 846 mujeres y 124 varones.

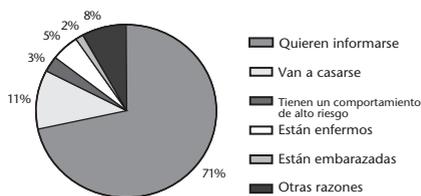
En los dos proyectos, muy pocos compañeros varones de las mujeres embarazadas se presentan a la prueba de detección. En el dispensario Zola (DART), sólo hubo 12 varones que lo hicieron a lo largo de un periodo de cinco meses. No obstante, según los gestores de proyecto del NDP, el número de parejas y de varones está creciendo lentamente, lo que podría tener relación con los esfuerzos especiales del NDP para promover el APV entre los varones por medio de asesores comunitarios.

- En el **Proyecto piloto de TB/VIH**, durante su primer año de vida hubo más clientes autorremitidos que remitidos clínicamente (68% frente a 32%). La tendencia consiste en que más varones que mujeres usan el servicio, a diferencia de la tendencia general de uso sanitario. Cuando se realizó el estudio, el uso de los servicios de APV por clientes con TB no era muy frecuente. Aunque todos los locales del proyecto están en Ciudad del Cabo, los tres dispensarios estudiados atienden a una clientela bastante distinta. Los servicios de APV de los dispensarios de Chapel Street y Green Point atienden a más profesionales del sexo, y en Green Point acude un elevado número de refugiados. Muchos clientes que visitan el dispensario de

ZAPSO, emplazamiento de la ciudad de Harare
Distribución de clientes por edad
 Enero-diciembre 2000



ZAPSO, emplazamiento de la ciudad de Harare
Motivos de los clientes para solicitar APV
 Enero-diciembre 2000



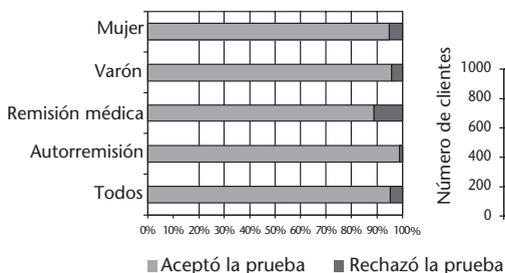
Fuente: ZAPSO

Chapel Street proceden de otras comunidades y, por consiguiente, es más difícil el seguimiento. La comunidad a la que da servicio el dispensario de Langa es más uniforme y económicamente está más desfavorecida.

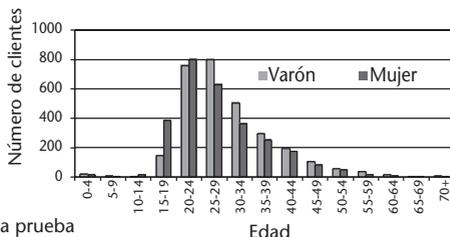
- La mayoría de los clientes de los centros de **KCIT** se autorremiten; en torno al 70% de los clientes son alis-

tados por los encargados de la movilización comunitaria. El número de remisiones a los servicios de APV desde los dispensarios, incluidos los centros de ITS y TB, es relativamente bajo. La mayoría de los clientes tienen entre 18 y 29 años y, en general, acuden a los servicios más clientes de sexo masculino que femenino.

Aceptabilidad de la prueba del VIH
Proyecto piloto de TB/VIH



Proyecto piloto de TB/VIH
Número de personas que se sometieron a la prueba por sexo y edad (abril 2000-marzo 2001)



Fuente: Proyecto piloto de TB/VIH

No obstante, en algunos centros, en especial los que están anejos a dispensarios con servicios de atención prenatal, la mayoría de los clientes son de sexo femenino. Con el aumento del número de clientes de APV, ha habido una tendencia a la reducción del porcentaje de pruebas con resultados positivos.

- En los tres centros de **ZAPSO**, los clientes de APV pertenecen al grupo de edad de 19-29 años. En el centro de Harare, se atiende a más varones que mujeres. La mayoría de los clientes son asintomáticos, y sólo el 5% de los que acuden describen síntomas que les preocupa que puedan deberse al VIH. Actualmente se atiende de 100 a 160 nuevos clientes al mes, y el 40% de las personas dice que han tenido conocimiento de los servicios a través de amigos. El servicio de APV del dispensario de atención primaria de salud recibe a un número ligeramente superior de mujeres que de varones debido a su proximidad con un proyecto piloto de TMI, que facilita la remisión de mujeres embarazadas con el VIH. ZAPSO anima a los jóvenes a que se informen de su estado serológico con respecto al VIH antes de formar relaciones estables. Si una persona joven no tiene una pareja sexual en la actualidad, se le aconseja que confíe en un miembro de su familia o un amigo íntimo para tener apoyo antes de someterse a la prueba del VIH.

La edad mínima para acceder a los servicios de APV sin el consentimiento de los padres varía según el país. En Zambia, los jóvenes menores de 18 años necesitan el consentimiento de un tutor, salvo en el caso de las muchachas embarazadas y las madres jóvenes. En Sudáfrica, existe la política nacional de que debe obtenerse el consentimiento de uno de los padres o de un tutor si el cliente es menor de 14 años. En Zimbabwe, los jóvenes menores de 16 años requieren legalmente el consentimiento de su padre o madre o de su tutor. No obstante, si viven independizados y ya tienen una pareja sexual o, en el caso de las jóvenes, están embarazadas, se puede plantear la prueba del VIH.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Las parejas/cónyuges de clientes de sexo femenino requieren estímulo para usar los servicios de APV

El NDP y el DART se centran en las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y en sus parejas. Sin embargo, el número de las parejas de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de APV sigue siendo relativamente bajo, aunque en el NDP cada vez hay más mujeres que comparten con sus parejas los resultados de la prueba, según el asesor de LINKAGES. En el DART, una mujer embarazada comentó: *“Mi esposo no quiere venir a hacerse la prueba. Nosotros no usamos*

preservativos, aunque yo sé que sería mejor para el bebé.” El hecho de que haya tan pocas parejas o cónyuges de sexo masculino dispuestos a someterse a la prueba aumenta la discriminación y el aislamiento de las mujeres seropositivas. Los asesores consideran que la aceptación de la prueba del VIH es el primer paso para que los varones asuman una responsabilidad mayor en la relación de pareja, incluido el que tengan una comprensión mayor de la prevención de la transmisión maternoinfantil y una mayor participación en ella. Esto incluye usar preservativos durante el embarazo y apoyar la decisión de alimentación del lactante que adopten las mujeres seropositivas. Los gestores de programa sugieren que se necesitará aumentar la disponibilidad y promoción de los servicios generales de APV para varones y mujeres fuera de los locales de los servicios de atención prenatal para facilitar las pruebas a parejas.

El APV para parejas está recibiendo un creciente énfasis

Los proyectos estudiados generalmente tratan de atraer a parejas, debido a la experiencia de los asesores de que la adopción de un comportamiento de reducción de riesgo puede reforzarse cuando las parejas reciben juntas asesoramiento y los resultados de la prueba. En los centros de APV de la mayoría de los proyectos, sin embargo, se ve a pocas parejas. En ZAPSO, por ejemplo,

la mayoría de las personas que acuden a los centros de APV lo hacen a título individual, pero los asesores animan a las personas que tienen una relación estable a que consideren someterse a la prueba junto con su pareja. Según una enfermera asesora, *“es mucho más fácil si los esposos y esposas, o las parejas que acuden para la prueba prematrimonial pueden venir juntas para el asesoramiento y las pruebas. En el asesoramiento previo a la prueba, podemos examinar todos los resultados posibles y capacitarlos para que planeen lo que harían en cada situación. Esto significa que, en el asesoramiento posterior a la prueba, podemos recordar lo que habíamos discutido. La situación más difícil se produce cuando los resultados son discordantes, especialmente cuando, en una pareja casada, la mujer es seropositiva”*.

Los asesores están de acuerdo en que exige más el asesoramiento de parejas que el individual. El en Proyecto piloto de TB/VIH, actualmente las parejas reciben por separado asesoramiento previo y posterior a la prueba, así como los resultados de la prueba. Los asesores consideran que necesitarían una capacitación mayor para adquirir conocimientos especiales de asesoramiento y la suficiente confianza para responder a las reacciones emocionales de dos personas a la vez, especialmente cuando los resultados son discordantes. Según un asesor de ZAPSO que tiene una amplia experiencia en asesorar a parejas: *“Cada caso*

es diferente pero, con un asesoramiento sensible y favorable, tratamos de minimizar el trauma y el trastorno que pueden suceder a los resultados discordantes. Algunas veces las parejas deciden separarse, pero es más frecuente que se ayuden y se apoyen mutuamente. Trataremos la cuestión de las relaciones sexuales más seguras y la importancia de minimizar el riesgo de que el miembro seronegativo de la pareja se infecte. Un gran dilema de las parejas discordantes es tener hijos. Las parejas que aún no tienen hijos a menudo formulan el deseo de tener uno, y nosotros siempre apoyaremos a las mujeres y a las parejas si ésta es su decisión. Si la mujer es seropositiva y queda embarazada, podemos remitirla a uno de los centros piloto de prevención de la transmisión materno-infantil de Harare.”

3.6 Divulgación comunitaria

Todos los proyectos reconocieron la importancia de las actividades de divulgación para promover el uso del APV, especialmente en las comunidades donde los servicios se acaban de implantar y no se conocen bien.

- El **DART** no tiene un componente de divulgación pero el hospital y los dispensarios han establecido firmes vínculos con las ONG entrando en

contacto con las comunidades con objeto de aumentar la comprensión y la aceptación de las cuestiones relativas a la transmisión materno-infantil y al APV. Se confía en que, al lograr la participación de la comunidad, las personas estarán mejor preparadas para aceptar el número creciente de mujeres que saben que son seropositivas y que posiblemente tienen hijos seropositivos, y serán más tolerantes.

- El programa de divulgación del **NDP** se ha descrito con más detenimiento en el capítulo 2. Los miembros de diversos grupos comunitarios suministran atención y apoyo, educando a la comunidad en lo referente al VIH/SIDA y la transmisión materno-infantil y promoviendo el APV.
- Para aumentar la aceptación del APV y el número de clientes autorremetidos en el **Proyecto piloto de TB/VIH**, cerca de 400 miembros de la comunidad de Langa estaban recibiendo capacitación cuando se realizó el estudio para establecer contactos con la comunidad con campañas de educación preventiva, incluida la promoción del APV. También forma parte del programa de divulgación un programa de asesoramiento inter pares y de aptitudes para la vida aplicado en escuelas de secundaria de Langa. Las mujeres y

los menores de 18 años constituyen los grupos objetivo principales. El programa está gestionado por un comité directivo compuesto por representantes del Comité de Salud de Langa, ONG participantes y personal del proyecto.

- El programa de divulgación de **KCTT** con personas que viven con el VIH/SIDA y encargados de la movilización comunitaria que realizan actividades para educar en el uso del APV y fomentarlo en las comunidades también se ha descrito con más detalle en el capítulo 2.
- El APV es un servicio relativamente nuevo en Zimbabwe y **ZAPSO** continúa poniendo en conocimiento de los clientes potenciales la disponibilidad del APV y promoviendo sus beneficios. ZAPSO tiene programas de divulgación en escuelas, centros de enseñanza superior y centros de trabajo. Un nuevo rumbo es trabajar con iglesias y organizaciones religiosas no sólo para hablar en favor del APV sino también para fomentar una comprensión mejor de las necesidades de las personas con el VIH y para combatir el estigma. Los líderes religiosos algunas veces han tenido una actitud crítica y negativa con respecto a las personas con el VIH, pero ZAPSO está ayudando a modificar la forma de pensar y a velar por un

enfoque que brinde más apoyo y atención. También se plantea capacitar a los sacerdotes en el asesoramiento del VIH como parte de la atención pastoral.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Las actividades de divulgación comunitaria tienen una gran influencia en el uso de los servicios de APV

Los gestores de programa informaron de que el número de clientes aumenta con la promoción activa de los servicios de APV mediante actividades de divulgación. Por ejemplo, la gran mayoría de los clientes de KCTT aceptan las invitaciones de encargados de la movilización comunitaria. Cuando KCTT experimentó recortes económicos durante 2000, tuvieron que reducirse notablemente las actividades de divulgación, lo que rápidamente produjo la reducción del uso de los servicios de APV. Los incentivos económicos pueden aumentar el entusiasmo y el número de clientes alistados en los servicios de APV, aunque los gestores se muestran preocupados por la sostenibilidad si la financiación no está asegurada.

3.7 Suministro de servicios de APV

Existen diferentes modelos de suministro de servicios de APV en los programas estudiados. Los asesores de APV son personal remunerado o bien, voluntarios. Hay asesores con formación médica así como asesores no profesionales. En los entornos clínicos, los servicios se prestan bien con el personal existente solamente, bien con personal adicional contratado.

Las dos ONG – **KCTT** y **ZAPSO** – emplean a asesores que tienen principalmente formación en enfermería con capacitación adicional en VIH y asesoramiento en general. El NDP, el DART y el **Proyecto piloto de TB/VIH**, que suministran servicios de APV en dispensarios, tienen modelos diferentes de suministro de servicios:

- En el **DART**, el personal clínico actualmente no participa en los servicios de APV, debido principalmente al excesivo volumen de trabajo que tienen. Realiza el asesoramiento personal adicional (psicólogos y enfermeras) empleados a través del proyecto, así como voluntarios que son asesores no profesionales.
- En el **NDP**, suministran los servicios de asesoramiento enfermeras, responsables clínicos y técnicos de laboratorio, en colaboración con los asesores clínicos.
- En el **Proyecto piloto de TB/VIH**, la mayoría de las enfermeras de los centros de atención de salud reciben capacitación en asesoramiento y pruebas y suministran los servicios de modo habitual. No obstante, se ha racionalizado recientemente el personal de los dispensarios y han decrecido las dotaciones de personal. Con la reducción de los miembros del personal, no podía responderse de modo realista a las mayores demandas de APV con los agentes de salud existentes, y se contrató a otros miembros del personal en cada dispensario para asegurar que los servicios pudieran estar disponibles sin dilación. Se hace frente a la reducción de personal con asesores no profesionales que realizan la mayoría del asesoramiento previo y posterior a la prueba y el asesoramiento continuo, así como con enfermeras adicionales que participan en el asesoramiento y las pruebas y en la atención clínica. Algunos dispensarios también implican a voluntarios como asesores. Se alistó a cierto número de asesores de APV de algo más de 20 años de edad para tratar de atraer a más jóvenes al uso de los servicios. Algunos de los asesores de APV adicionales son remunerados mediante los fondos del proyecto, mientras que a otros los emplean las ONG y los financian fondos provinciales.

La duración del asesoramiento previo y posterior a la prueba varía según el cliente y el dispensario. La duración promedio del asesoramiento previo a la prueba es similar en todos los centros, y los asesores por lo general emplean entre 15 y 30 minutos con cada persona y pareja. El tiempo necesario para el asesoramiento posterior a la prueba varía considerablemente. Las sesiones suelen tener entre 20 y 30 minutos de duración pero algunos clientes, en especial los que obtuvieron un resultado positivo, requieren sesiones más largas, que en algunos centros se alargan hasta dos horas. Debido al apremio del tiempo, en algunos dispensarios los asesores emplean 10 minutos o menos en el asesoramiento posterior a la prueba si el resultado es negativo. Varios asesores informaron de que a menudo se carecía de tiempo para tener charlas preventivas satisfactorias con los clientes seronegativos.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Puede ser necesario personal de APV adicional para complementar a los agentes de salud

La escasez de personal clínico y el elevado número de clientes pueden poner en peligro la calidad de los servicios de APV. Es frecuente que sólo se asegure un adecuado asesoramiento previo y posterior a la prueba en entornos clínicos, en especial en combinación con

pruebas rápidas y la obtención de resultados en el mismo día, dedicando asesores adicionales al APV. *“Si no hubiera habido asesores adicionales, especialmente al principio, las enfermeras habrían sufrido mucho más estrés y el agotamiento habría sido mucho mayor”*, afirma uno de los coordinadores clínicos del Proyecto piloto de TB/VIH. La gestora de proyecto dice que, por su experiencia, *“cuando respondes a un número elevadísimo de admisiones, necesitas tener personal adicional. Lo importante para el APV es que para usarse tiene que estar disponible. Trabajar por medio de un sistema de citas no funciona en lugares donde no hay teléfonos”*.

Los gestores del NDP informaron de que las charlas de salud en las salas de espera de los servicios de atención prenatal dirigidas por miembros de los grupos de apoyo comunitarios, que también implican en discusiones más profundas a clientes de APV potenciales, produjeron un mayor conocimiento de los clientes antes de que estos vieran a los asesores de APV. Esto contribuyó a reducir el tiempo necesario para el asesoramiento previo a la prueba.

Los asesores no profesionales pueden hacer contribuciones significativas

El gestor del Proyecto piloto de TB/VIH subrayó el hecho de que los asesores no profesionales demostraron ser muy capaces en el suministro de servicios de ase-

soramiento adecuados después de recibir capacitación. En general, están bien integrados en los dispensarios y participan en las reuniones de personal. La integración se ha logrado mediante los esfuerzos continuados de los gestores clínicos y de proyecto. Uno de los gestores del DART también comunicó su satisfacción por el trabajo de los asesores no profesionales. En el DART, con frecuencia hay clientes que dudan de la validez de los resultados de la prueba que les dan los asesores porque éstos no llevan uniformes como las enfermeras. Experiencias similares llevaron a algunos asesores no profesionales del Proyecto piloto de TB/VIH a llevar uniformes similares a los de las enfermeras, lo que, según informaron, aumentó su aceptación entre los clientes.

En el DART y en el Proyecto piloto de TB/VIH, algunos de los asesores no profesionales son voluntarios. Algunos de los asesores voluntarios reciben dinero para transporte pero ningún otro incentivo. El coordinador del Proyecto piloto de TB/VIH explica: *“Empezamos a capacitar a voluntarios comunitarios como asesores no profesionales. En algunos de los dispensarios, los niveles de VIH son bastante bajos. Debido a que se hacen pocas pruebas del VIH, no deseáramos poner allí a un asesor a tiempo completo. Algunas comunidades tienen comités de salud muy activos y en los dispensarios trabajan regularmente voluntarios. Éstos ansiaban participar más en el APV. Así que capacitamos*

como asesores no profesionales a cinco voluntarios de uno de los dispensarios. No reciben incentivos. Parece ser viable. Un voluntario, por ejemplo, sólo trabajaría una mañana a la semana. No está previsto que trabajen todos los días. Estos asesores no profesionales también tienen tutores”.

Algunos de los asesores no profesionales del DART son seropositivos. Uno de ellos explica: *“Es más fácil que yo mismo sea seropositivo porque me ayuda a comprender cómo se sienten las personas cuando se les comunica que son seropositivas, y cómo tratarlas. Debido a que sé lo que significa recibir esa noticia, doy más tiempo y atención a los clientes”.*

Los gestores de programa ponen de relieve que los asesores no profesionales necesitan apoyo de capacitación y supervisión continuado para mantener la motivación, estar bien informados y no sufrir agotamiento.

Los agentes de salud deben estar preparados para el aumento del volumen de trabajo del APV

En los lugares donde los servicios de APV estaban integrados en los dispensarios, los gestores clínicos y de proyecto convirtieron en prioridad preparar a los agentes de salud para la repercusión del APV en su volumen de trabajo, y las enfermeras tomaron parte en las decisiones relativas a sus nuevas funciones de asesoramiento. El gestor

del Proyecto piloto de TB/VIH afirma: *“Comunicamos al personal: ‘Vamos a pedirles que hagan más trabajo’. Se trata claramente de más trabajo y tienes que admitir los esfuerzos del personal y debe reconocerse a éste el esfuerzo extra que hace. De otro modo, el personal sentirá que se abusa de él.”* Cuando se implantan los servicios de APV en los dispensarios, los gestores hacen hincapié en la importancia de dar tiempo a que crezcan y se establezcan los proyectos antes de introducir nuevos componentes. Uno de los gestores advirtió: *“Se debe ser muy consciente de evitar dar excesivo trabajo al personal. Implantar nuevos servicios ha sido muy difícil para el personal. Cuando empiezas a ir con algo nuevo demasiado pronto, resulta bastante problemático.”*

3.8 Capacitación del personal de APV

Las estrategias de capacitación – incluida la capacitación práctica y en el aula – para los asesores de APV son similares en los cinco programas.

- En el **DART**, los asesores con formación médica reciben capacitación centrada en la prevención de la TMI a través de la Unidad de Investigación del VIH Perinatal. Los asesores no profesionales que son

miembros de ONG se someten a capacitación con sus ONG y reciben más capacitación cuando se unen al proyecto, incluido un curso inicial de capacitación de dos semanas, cursos de actualización y capacitación dentro del servicio.

- En el **NDP**, se adaptaron varios programas de capacitación existentes, incluidos el programa de capacitación del VIH/SIDA de Zambia y el manual de capacitación sobre alimentación del lactante de la OMS/UNICEF, para desarrollar un contenido del curso que respondiera a las necesidades específicas del proyecto. Todos los agentes de salud se someten a un curso de capacitación de 12 días que abarca cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, la TMI, la alimentación del lactante y el APV, incluido un breve componente de conocimientos de asesoramiento. Los participantes también observan prácticas de amamantamiento y hacen prácticas de preparar tomas de sustitución en condiciones similares a las de los hogares de la comunidad. Después del curso inicial, los capacitadores y los agentes superiores de atención de salud seleccionan a los miembros del personal que tienen interés y una posición estratégica para suministrar servicios de APV (por ejemplo, el personal de atención prenatal o de planificación familiar) para seguir con

capacitación especial, incluido el apoyo psicosocial y el asesoramiento sobre alimentación del lactante. El curso incluye dos semanas de clases, cinco semanas de capacitación práctica bajo la supervisión de capacitadores superiores y una semana final de capacitación en el aula. Los agentes de salud también se someten regularmente a capacitación en el trabajo.

- En el **Proyecto piloto de TB/VIH**, un instituto de capacitación suministra formación a los agentes de salud y a los asesores adicionales. Con un enfoque similar al del NDP, todas las enfermeras de los centros piloto de atención de salud asisten inicialmente a un curso de sensibilización sobre el VIH/TB/ITS. Después de completar el curso de sensibilización, se ofrece un curso intensivo de capacitación de 12 días para aquellas enfermeras interesadas en tener una participación mayor en los servicios de APV. Los gestores clínicos y de proyecto ponen de relieve que sólo las enfermeras que estén dispuestas a suministrar servicios de APV deben participar en este curso. Al personal que ya tiene una experiencia previa de asesoramiento se le ofrece una revisión de asesoramiento y actualización sobre el VIH/ITS/TB de cinco días. Además, los médicos clínicos y el gestor de proyecto proporcionan capacitación continuada a los agen-

tes de salud en DOTS, tratamiento sintomático de las ITS, pruebas rápidas del VIH y VIH/SIDA.

- La capacitación de los asesores de **KCTT** incluye un curso inicial de una semana y seis semanas de capacitación sobre el terreno, seguido de otra semana de capacitación en el aula. El curso está bien afianzado y, según el gestor de programa, se ha mejorado a lo largo de los años. Cierta número de asesores también ha participado en capacitación adicional en áreas relacionadas más específicas.
- **ZAPSO** proporciona capacitación tanto en el aula como práctica para asesores. ZAPSO reconoce la importancia de la capacitación dentro de los servicios y, en asociación con el proyecto comercial social 'New Start', financiado por USAID, se organizan seminarios de capacitación conjuntos para asesores de los dos servicios.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Se recomienda la capacitación de todos los agentes de salud en los dispensarios donde se implanta el APV

La capacitación en la sensibilización de todos los agentes de salud en lo relativo a cuestiones relacionados con el VIH/SIDA y el APV en los dispensarios donde se implantan los servicios de

APV contribuye a mejorar la integración de los servicios y aumenta la confianza y aceptación de los servicios entre el personal. La capacitación también ayuda a desmitificar el VIH/SIDA dentro de los dispensarios. *“Como todo el mundo recibió capacitación, resultó más fácil que todo el programa se integrara. Nadie se sintió excluido y todos sabíamos lo que pasaba. Yo recomiendo que todas las personas de un dispensario se sometan a la misma capacitación”*, declaró una enfermera.

La calidad general del asesoramiento mejoró en los dispensarios con la introducción del APV

El asesoramiento es un conocimiento práctico esencial en la atención de salud y los gestores de proyecto informaron de que, mediante la capacitación en asesoramiento de APV, se han reforzado los medios de acción en los dispensarios. La calidad de los servicios en general mejoró debido a que las enfermeras pasaron más tiempo con los pacientes y respondieron mejor a sus necesidades psicosociales. No obstante, en el Proyecto piloto de TB/VIH esto también es un problema porque el principal criterio para la financiación clínica es el número de pacientes a los que se ve, en lugar de la calidad de los servicios suministrados.

3.9 Gestión y tutelaje del personal de APV

Todos los proyectos y las ONG han establecido programas de tutelaje para los asesores de APV a fin de evitar el agotamiento, suministrar apoyo psicológico y también identificar problemas en el suministro del servicio. En el DART, el NDP y el Proyecto piloto de TB/VIH los tutores suelen ser profesionales externos que no tienen una relación colegiada o supervisora con los asesores de APV. El personal de las dos ONG – KCTT y ZAPSO – recibe tutelaje en sesiones con colegas asesores superiores. En la mayoría de los casos, los tutores también vigilan la calidad del asesoramiento. Los asesores y los gestores de programa se mostraron de acuerdo en el hecho de que el suministro de servicios de APV podía provocar un gran estrés psicológico. Como informó uno de los asesores: *“Las primeras semanas después de la capacitación no pude hacerme cargo de los resultados seropositivos, especialmente cuando entraban personas muy jóvenes que resultaban ser seropositivas, debido a que las comparaba con mis propios hijos. Incluso ahora me resulta difícil, pero el programa de tutelaje es de gran ayuda. Contamos nuestros problemas, a veces bromeamos, y hablamos tanto sobre las dificultades en el trabajo como sobre los problemas en casa.”*

De acuerdo con los gestores de programa, el tutelaje y la capacitación en el trabajo son componentes críticos para asegurar la garantía de calidad y, al mismo tiempo, suministrar apoyo a los proveedores de servicios.

En el **DART**, el tutor es un asesor profesional externo. El tutor se reúne con el grupo de asesores una vez a la semana para hablar sobre los casos de éstos y facilitar la retroalimentación. Se pueden solicitar citas individuales. Las reuniones de grupo e individuales también brindan al tutor la oportunidad de evaluar la calidad del asesoramiento, por ejemplo mediante ejercicios tales como la escenificación de situaciones, y de hacer propuestas para mejorar.

En el **NDP**, un equipo de asesores se turna para dar tutelaje y apoyo. El equipo de tutores incluye miembros de los grupos de PVVS, la Comisión Nacional de Nutrición Alimentaria, representantes del Consejo Provincial de Asesoramiento de Ndola, el Equipo Superior de Gestión de la Salud del Distrito y el Proyecto LINKAGES. Los asesores también se reúnen una vez al mes, o con mayor frecuencia de considerarlo necesario. El asesor de LINKAGES explica: *“Somos un equipo de tutores que cuidamos de cada uno de los dispensarios de atención prenatal que forman parte del proyecto. Algunos de nosotros también somos capacitadores. Supervisamos a los asesores durante la*

capacitación y después, y también a otros miembros del personal del dispensario que participan en el proyecto: por ejemplo, las parteras. Yo paso uno o dos días al mes en un dispensario para ver si se siguen todos los procedimientos básicos y averiguar a qué problemas se enfrentan los miembros del personal. Trabajo con ellos para superar los problemas. También asisto como observador a las sesiones de asesoramiento. Hay también un programa de tutelaje para los trabajadores comunitarios. Simplemente nos sentamos, por ejemplo en un punto de control del peso, y observamos y escuchamos. De ese modo, podemos enterarnos de los problemas y también ver lo que hacen bien. Asimismo hacemos ejercicios para mejorar los equipos con agentes de salud que han recibido capacitación y agentes que no la han recibido.” El tutelaje se amplió a asesores comunitarios y a miembros de grupos comunitarios.

En el **Proyecto piloto de TB/VIH**, las enfermeras y los asesores no profesionales ven a sus tutores en grupos pequeños cada dos semanas. Los tutores suelen ser psicólogos externos que interrogan a los asesores, enseñan conocimientos prácticos sobre el control del estrés y suministran asesoramiento sobre los problemas de los clientes. Además, los gestores vigilan el número de clientes que ve cada asesor de APV al mes. Los gestores informan de que este enfoque ayuda a prevenir problemas tales como el agotamiento entre los asesores

no profesionales debido a un volumen de casos demasiado elevado. También ayuda a identificar a las enfermeras que necesitan apoyo y más capacitación para superar los obstáculos con respecto al asesoramiento y asegurar que no disminuyen las técnicas de asesoramiento debido a la práctica insuficiente.

En **KCTT**, los asesores tienen sesiones individuales de apoyo con un asesor superior cada tres semanas. Los asesores presentan estudios de caso y ofrecen retroalimentación y también evalúan la calidad del asesoramiento. Además, se da supervisión de grupo una vez al mes. Completa lo anterior un sistema de evaluación inter pares. KCTT también suministra tutelaje a los animadores.

En **ZAPSO**, la propia directora es asesora cualificada y ha organizado internamente capacitación para el control del estrés para prevenir el agotamiento. La enfermera superior asesora del centro de ZAPSO en Harare informó de que trabajar en equipo y poder hablar sobre los casos con sus compañeros también es para ella muy beneficioso.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Se necesita apoyo continuado para los asesores

Los asesores y los gestores de proyecto hicieron hincapié en que el APV no

debe implantarse sin ofrecer apoyo psicológico a los asesores. Según los asesores de APV, el hecho de que pudieran reducir el estrés al interactuar con sus tutores era esencial para un suministro de servicios bueno. Uno de los asesores explica: *“La tutora desea saber con qué problemas nos encontramos, sobre qué casos difíciles no pudimos asesorar, aspectos del trabajo que no nos gustaron o que nos preocuparon. Nos dice si nos hemos ocupado de una cuestión adecuadamente y a continuación nos señala de qué no nos hemos ocupado”*.

Deben identificarse y abordarse las causas del estrés

Los gestores y asesores dijeron que, cuando los agentes de salud de los dispensarios suministran servicios de APV, el aumento del volumen de trabajo puede producirles estrés. Como informó uno de los coordinadores de proyecto: *“Si promueves verdaderamente el APV, tu número [de casos] va a crecer y eso se suma al estrés”*.

Las pruebas rápidas también suelen ocasionar a los asesores mayores niveles de estrés, especialmente allí donde las enfermeras asesoras también realizan las pruebas con frecuencia. Por ejemplo, cuando se inició el Proyecto piloto de TB/VIH, a las enfermeras les resultaba difícil informar sobre los resultados seropositivos poco después del asesoramiento previo a la prueba. Uno de los asesores lo resumió así: *“Al principio,*

todos los miembros del personal estaban inquietos por las pruebas rápidas porque estábamos acostumbrados a esperar siete días por los resultados y, durante ese tiempo, nos podíamos preparar psicológicamente. Pero actualmente, con el APV, nos sentimos más afectados porque los resultados se dan a conocer de inmediato. Es más estresante". El gestor de proyecto añadió: *"Cuando implantas las pruebas rápidas, siempre se produce estrés. Tienes una relación más íntima con el cliente. Es muy distinto observar realmente el desarrollo de la prueba que recibir el resultado más adelante".*

Resulta útil que los capacitadores actúen también como tutores

En el NDP y en el Proyecto piloto de TB/VIH, se consideraron beneficiosas las ocasiones en que algunos de los capacitadores del curso también adoptaron una función continuada de tutelaje de los asesores. Esto permitió a los capacitadores evaluar directamente la eficacia de la capacitación, los niveles de conocimiento de los asesores y la idoneidad de sus interacciones con los clientes.

3.10 Servicios posteriores a la prueba

Los clientes de APV que se comprueba que son seropositivos requieren atención médica y apoyo psicológico para enfrentarse con su estado serológico. Los clien-

tes que obtienen un resultado negativo también requieren acceso a algún tipo de apoyo continuado para seguir siendo seronegativos. Los propios proveedores de APV organizan algunos servicios posteriores a la prueba, pero parte del apoyo necesario está por encima de su capacidad. Pueden servir, no obstante, como un paso clave hacia otros proveedores de servicios, tales como los proveedores de atención de salud y las organizaciones comunitarias, que deben desempeñar un papel fundamental en la atención y el apoyo relativos al VIH/SIDA.

Los proveedores de servicios de APV hicieron hincapié en la importancia de poder ofrecer apoyo a las personas, especialmente las que obtienen un resultado positivo, si se quería atraer a más clientes. En un estudio inicial realizado por KCTT antes de ofrecer intervenciones médicas para las personas con resultados seropositivos, uno de los principales obstáculos para el uso de los servicios de APV era que los clientes consideraban que no se les podía ofrecer nada si obtenían un resultado positivo. Los clientes que consideran que recibirán atención después de la prueba pueden estar más dispuestos a averiguar su estado serológico con respecto al VIH.

Uno de los asesores del Proyecto piloto de TB/VIH informó: *"La mayoría de los clientes, antes de dar su consentimiento para realizar la prueba, nos preguntan*

qué les podemos ofrecer. Es una de las principales cuestiones que se formulan. Cuando se implantó el APV, los profesionales de la salud lo consideraron positivo, ya que vieron las ventajas que tenía para los clientes y les pareció que tenían algo que ofrecer”.

a) Asistencia psicológica y apoyo preventivo mediante asesoramiento continuo y grupos de apoyo/clubes posteriores a la prueba

Todos los proyectos organizan grupos de apoyo y clubes posteriores a la prueba, y ofrecen a los clientes asesoramiento continuo después del APV. Esos servicios están dirigidos a prestar apoyo psicológico, ayudar a los clientes seropositivos a enfrentarse con su estado serológico y revelarlo a sus parejas y familias, y adoptar medidas para prevenir la transmisión materno-infantil y la transmisión del VIH a parejas/cónyuges. Algunos grupos de apoyo y clubes posteriores a la prueba se forman principalmente para clientes seropositivos. Otros también aceptan a personas que obtuvieron un resultado negativo para que puedan hablar sobre las estrategias y adquirir conocimientos prácticos que les ayuden a seguir siendo seronegativos. Entre las actividades de los grupos se incluyen los debates, las escenificaciones de situaciones y el intercambio de expe-

riencias personales, y algunos grupos invitan con frecuencia a expertos para que hablen sobre temas de interés. La mayoría de los proyectos ofrecen asesoramiento familiar y a parejas.

En el hospital Chris Hani Baragwanath y en los dispensarios del **DART**, los grupos de apoyo para mujeres seropositivas ofrecen un foro para hablar con mayor detalle sobre cuestiones relativas a la intervención con Nevirapina, el amantamiento y la protección durante el embarazo. Los debates y las escenificaciones de situaciones tienen por objeto ayudar a las mujeres a revelar su estado a sus parejas y familiares.

En el **NDP**, las mujeres embarazadas seropositivas son las que más frecuentan los clubes posteriores a la prueba. Además de los debates entre los participantes, se dan charlas de salud a cargo de ‘expertos’ que versan sobre diferentes temas, tales como nutrición y ejercicios. Los asesores de APV estimulan a las mujeres a que vuelvan para recibir asesoramiento continuo después del parto.

Muchos clientes seropositivos del **Proyecto piloto de TB/VIH** ven a asesores de APV para recibir asesoramiento continuo, y se han creado grupos de apoyo en la mayoría de los dispensarios del proyecto. Uno de esos grupos también puso en marcha un proyecto de jardinería y abalorios. Los clientes que obtuvieron resultados negativos reciben

asesoramiento para ayudarles a que sigan siendo seronegativos en el futuro.

Según los asesores, los servicios de asesoramiento continuo de **KCTT** son muy usados por los clientes seropositivos. Los asesores también facilitan consejo y apoyo psicológico a los clientes que desean revelar su estado serológico y/o pedir a sus parejas/cónyuges que acudan a los servicios de APV. Los clubes posteriores a la prueba, como se describe en el capítulo 2, también facilitan apoyo psicológico continuo tanto a personas seropositivas como seronegativas.

ZAPSO, si se considera necesario, hace remisiones al servicio de asesoramiento general de Harare para recibir asesoramiento continuo. Según la directora, los grupos de apoyo posterior a la prueba del centro de Chitungwiza han sido muy fructíferos debido a que las personas que acuden al APV son un grupo con cohesión que procede de una zona geográfica definida. En ZAPSO también se suministra asesoramiento familiar. Ninguno de los asesores ha experimentado consecuencias muy negativas a raíz del APV. *“Se debe probablemente a que las personas que vienen al centro realmente desean someterse a la prueba y han pensado sobre ello. Además, durante el asesoramiento previo a la prueba, repasamos con ellas todas las posibles consecuencias de la prueba. Así que creo que nuestros clientes están muy preparados”*, declara una de las enfermeras asesoras.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

El apoyo inter pares después de la prueba puede ayudar a las personas seropositivas a aceptar su estado serológico

De acuerdo con los clientes y los asesores, los grupos de apoyo pueden ser una fuente de apoyo y fortalecimiento y son una vía para escapar del aislamiento al que muchas personas se enfrentan después de recibir un resultado de la prueba positivo. Pasar tiempo con personas que tienen experiencias similares, escuchar cómo se sienten respecto a su estado serológico, los problemas a los que se enfrentan y cómo los solucionan, poder hablar abiertamente sobre las propias preocupaciones y esperanzas, y reír y llorar juntos, ha ayudado a muchas personas a sobrellevar su estado serológico. En los programas estudiados, las mujeres embarazadas y los jóvenes apreciaron especialmente los grupos de apoyo inter pares.

La sostenibilidad de los grupos de apoyo es un reto

Los gestores informan de que los grupos de apoyo no siempre tienen éxito y pueden surgir problemas. El grupo de apoyo del centro de ZAPSO en Harare, por ejemplo, no fue fructífero y se interrumpió. Los asesores atribuyen el fracaso al hecho de que los clientes procedían de una amplia área geográfica y querían hacerse la prueba en el centro de Harare

debido a que estaba cerca de muchos centros de trabajo. Se informó sobre experiencias similares en el centro del Proyecto piloto de TB/VIH en Chapel Street. El grupo de apoyo en uno de los dispensarios se disolvió porque la mayoría de los clientes procedían de diferentes partes de la ciudad y no estaban dispuestos a desplazarse al dispensario cada mes.

El temor a la estigmatización contribuye a la renuencia de los clientes a usar los servicios posteriores a la prueba

En el DART, el uso del asesoramiento continuo y la asistencia al grupo de apoyo son más altos en el hospital que en el dispensario Zola. Los asesores lo atribuyen al hecho de que el dispensario es más pequeño y ofrece menos intimidad que el hospital, lo que conduce a que algunas mujeres tengan miedo de ser vistas cuando asisten al grupo. Según la experiencia de los asesores, las mujeres necesitan tiempo para aceptar su estado serológico y a menudo reúnen valor después de un tiempo para solicitar más apoyo. Asimismo, los clientes de KCTT al parecer deciden a menudo acudir a un club posterior a la prueba que se reúne en otra comunidad para evitar los rumores en su propio vecindario.

Los servicios de prevención continuados son esenciales

En todos los proyectos se suministran gratuitamente preservativos masculinos

y femeninos. ZAPSO, por ejemplo, también ofrece información sobre los lugares donde los clientes pueden recibir más suministros gratuitos. Los asesores de KCTT también remiten a los jóvenes a los 'servicios respetuosos con los jóvenes' (véase capítulo 2) para recibir más educación sexual y reproductiva y suministro de preservativos. Se ofrece a todos los clientes educación sobre relaciones sexuales seguras, incluidas las demostraciones de preservativos masculinos y femeninos, cuando se considera oportuno. Los asesores del NDP y del DART informaron de que las mujeres tienen mucha dificultad para proponer a sus parejas que usen un preservativo.

El apoyo para generar ingresos proporciona incentivos adicionales para la participación continua

Uno de los tres centros independientes de KCTT (Hope House) ofrece cursos de capacitación profesional de cuatro meses de duración para personas seropositivas, incluidas la confección y la fabricación de velas. Los participantes reciben un certificado al final del curso. KCTT ayuda a vender los productos y los ingresos generados se comparten entre los participantes del curso. El gestor del proyecto explicó que la capacitación ha ayudado a muchas personas seropositivas a enfrentarse con su estado serológico. No obstante, después de completar el curso, es frecuente que los participantes no tengan suficientes recur-

sos económicos para comprar los materiales y generar ingresos. Según los gestores de proyecto, la introducción de un sistema de préstamos pequeños podría ser considerablemente beneficiosa. Con el apoyo de **ZAPSO**, un grupo de mujeres ha puesto en marcha un huerto para complementar sus ingresos. Otro grupo ha organizado un proyecto para generar ingresos vendiendo ropa usada.

b) Atención médica

En ninguno de los cinco programas, los clientes seropositivos tuvieron acceso a tratamiento antirretrovírico cuando se realizó el estudio, excepto a la intervención antirretrovírica breve del DART para prevenir la TMI. Tanto el DART como el NDP y el Proyecto piloto de TB/VIH son proyectos basados en dispensarios/hospitales, lo que facilita el acceso a la atención médica. El nivel de atención varía entre los diversos dispensarios y el hospital, y generalmente depende de la situación económica general del sistema de salud. Cada vez hay más dispensarios especiales disponibles para pacientes seropositivos.

- En el **DART**, los médicos del proyecto informan de que el Centro de VIH Perinatal del hospital responde mejor que los servicios prenatales de los dispensarios de atención primaria de salud a las necesidades médicas especiales de las mujeres embarazadas seropositivas. En ese proyecto,

durante las citas de inmunización los médicos hacen un seguimiento de los lactantes nacidos de madres seropositivas hasta que alcanzan el primer año de edad, cuando los someten a la prueba del VIH. Desde las seis semanas de vida hasta el primer año, todos los bebés reciben cotrimoxazol así como vitaminas.

- En el **NDP**, uno de los objetivos es reducir el riesgo de TMI mejorando la calidad de la atención de los servicios de salud materno-infantil, incluidos los servicios prenatales, de parto, posnatales, de planificación familiar y de salud infantil. Según los gestores, todas las mujeres reciben actualmente mejor atención y apoyo antes y después del parto. No obstante, muchos medicamentos esenciales requeridos para prestar una atención básica no estaban disponibles en los dispensarios cuando se realizó el estudio.
- En la mayoría de los centros de salud donde se ha puesto a prueba el **Proyecto piloto de TB/VIH**, los dispensarios de VIH están bien establecidos y el nivel de atención médica es relativamente alto. Esto se debe en parte a que el sistema de salud de El Cabo Occidental está relativamente bien financiado. La capacitación en VIH/ITS/TB de todos los agentes de salud asegura un medio continuo de

atención. Con el inicio del Proyecto piloto de TB/VIH, los gestores informan de una mejora en el nivel de la atención médica ofrecida a clientes seropositivos.

- Los asesores de APV de **KCTT** preguntan a los clientes que resultan seropositivos si aceptan someterse a un análisis sistemático de la TB durante el asesoramiento posterior a la prueba y, según corresponda, comienzan a aplicar la terapia preventiva con isoniazida (TPI). Sólo en uno de los dispensarios pueden hacer radiografías. Los clientes que reciben TPTB ingresan en el programa ZAMBART (Tuberculosis Relacionada con el SIDA de Zambia). Los clientes que reciben terapia preventiva ven mensualmente a los asesores de APV del centro para recibir sus medicamentos. A raíz de las reformas sanitarias de Zambia, los clientes tienen que adquirir 'programas de salud' para acceder a los servicios clínicos. No obstante, KCTT llegó a un acuerdo con ZAMBART para que, una vez a la semana, uno de sus médicos visite los dispensarios y preste atención médica gratuita a los clientes seropositivos y seronegativos que han sido remitidos a través de KCTT. De acuerdo con los animadores, esta atención médica gratuita es un importante incentivo para que muchas personas soliciten asesora-

miento y se sometan a la prueba.

- En el centro de APV de **ZAPSO**, que está anejo a un centro de atención primaria de salud, los miembros del personal han convertido en una prioridad alcanzar una buena relación con el resto del personal sanitario del centro. Han celebrado conjuntamente seminarios de capacitación para asegurar que estén bien informados acerca de los beneficios del APV, lo que ha producido remisiones entre el personal de asesoramiento y otros miembros del personal clínico. En general, ZAPSO ha establecido vínculos con otros servicios, que ofrecen apoyo a más largo plazo.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Los servicios de APV ponen a prueba los medios de acción de los dispensarios para suministrar un conjunto más amplio de medidas de salud

Las demandas dirigidas a los dispensarios son altas si el APV es el punto de partida hacia un conjunto de medidas de salud. La atención médica adecuada para pacientes seropositivos suele ser problemática debido a la falta de financiación y a los sistemas de atención de salud forzados al máximo. Dado que el número de clientes que conoce su estado serológico está aumentando, la demanda de atención médica y psicológica específi-

cas, incluidas las terapias antirretrovíricas, aumentará y será un desafío para los proveedores de servicios. Como lo resumió el gestor del Proyecto piloto de TB/VIH: “Los servicios de APV son bastante fáciles de implantar, dependiendo del número de clientes que se quiera atraer. En algunos de nuestros dispensarios, la demanda de APV ha llegado a ser tan grande que se hizo necesaria una enorme infraestructura y tuvieron que asignarse a los servicios de APV espacio y recursos de otros servicios. Esto fue necesario para crear más espacio para el APV. No se trata de las cantidades de pruebas sino de la calidad de los servicios y el apoyo continuo. El problema al que nos enfrentamos es la insuficiencia en nuestra capacidad de suministrar lo que en mi opinión es atención adecuada.

“Es muy importante desarrollar un conjunto integral de medidas de salud de algún tipo, incluidos el APV, el tratamiento médico y la profilaxis, y la participación comunitaria. No obstante, incluso los dispensarios que están próximos presentan enormes diferencias respecto a los clientes que atienden y lo que pueden ofrecer. Uno tiene que diseñar su conjunto de medidas para adaptarlo a las circunstancias. No se puede forzar a los dispensarios a poner en práctica lo que está por encima de su infraestructura y sus medios de acción. Se debe contar con una infraestructura bastante grande para ofrecer el conjunto completo de medidas médicas. No todos los locales

pueden ofrecer todos los servicios ya que algunos son demasiado pequeños y, en otros, la tasa de casos seropositivos es demasiado baja para justificarlo. Las autoridades sanitarias desearían que todo estuviera disponible en cada dispensario pero creo que no es práctico”.

Integración de los servicios de APV en servicios clínicos existentes

Resultó patente en todos los proyectos que la capacitación de los agentes de salud en cuestiones relativas al VIH/SIDA y al APV facilita la integración de los servicios de APV dentro de los dispensarios. No obstante, la colaboración entre los asesores de APV y los agentes de salud, y la remisión entre los servicios de APV y otras partes de los dispensarios siguen siendo unos de los retos principales.

Los asesores del DART, por ejemplo, al parecer trabajan un tanto aislados y existe cierta fricción con las enfermeras. Aunque éstas valoran el trabajo de los asesores de APV, dicen que no se les informa lo suficiente sobre las interacciones de los asesores con los clientes o sobre los progresos del proyecto. Los frecuentes cambios de personal hacen que mantener a todas las enfermeras informadas sea un constante desafío. También los gestores de KCIT informan de que el número de remisiones en los dispensarios donde KCIT suministra servicios de APV aún es relativamente bajo. Sin embargo, en algunos dispensarios, la comunicación entre los servicios de APV

y otros servicios clínicos funciona mejor gracias a la celebración de reuniones mensuales de todo el personal clínico, incluidos los asesores de APV y los educadores inter pares de los servicios respetuosos con los jóvenes.

En el Proyecto piloto de TB/VIH, pese al desafío de asumir la responsabilidad de gestión de los asesores no profesionales, se han identificado enfoques positivos. Como informó uno de los coordinadores clínicos: *“Convertimos al APV en parte del dispensario. No es una entidad aparte. Se informó sobre ello a todos los miembros del personal; todos ellos son parte del programa y todos saben lo que pasa. Todas las enfermeras profesionales dan asesoramiento. Como todos los miembros del personal participan, el APV es parte integral de la dirección del dispensario. También los asesores no profesionales son parte del equipo y se les incluye en reuniones específicas. Cuando hablo del equipo, me refiero a todo el dispensario”*.



Proyecto piloto de TB/VIH: El equipo de enfermeras y asesoras no profesionales en el dispensario de Langa.

De acuerdo con los gestores clínicos y de proyecto, puede facilitarse la integración mediante una comunicación mejor, reuniones más regulares entre los asesores de APV y el personal clínico, y una importancia mayor de la sensibilización de los agentes de salud respecto a las ventajas del APV.

3.11 Cauces de información, educación y comunicación (IEC)

En capítulos anteriores se han explicado diversos enfoques para informar y educar al público, tales como los programas de divulgación y las charlas de salud en los dispensarios. Además, se han producido diversos materiales de apoyo y los programas tratan de usar los cauces de los medios de comunicación cuando es posible. Cuatro de los programas (el DART, el Proyecto piloto de TB/VIH, KCTT y ZAPSO) produjeron materiales de IEC donde se explican las ventajas del asesoramiento y las pruebas y se promocionan esos servicios. En el quinto, el NDP, actualmente se ha previsto el desarrollo de materiales. Entre ellos figuran folletos, hojas informativas, volantes y carteles. Los materiales están disponibles en los centros de APV, y algunos proyectos, incluidos ZAPSO y KCTT, también reparten folletos en sesiones de divulgación y

los ponen a disposición del público en dispensarios, centros de trabajo y establecimientos docentes.

La mayoría de los materiales utilizados en los proyectos se dirigen a un grupo de clientes general. El DART, sin embargo, utiliza folletos orientados específicamente a las mujeres embarazadas: *HIV testing in pregnancy; I tested positive/negative – HIV and your pregnancy/Staying HIV-negative; y Disclosure*. ZAPSO preparó folletos especiales para varones y mujeres. Varios proyectos muestran vídeos educativos en las salas de espera.

Aunque los anuncios de radio y televisión son demasiado caros para ONG pequeñas como ZAPSO, los gestores intervienen en debates de radio o televisión que tratan sobre el VIH y el APV, y procuran estimular a los periodistas para que escriban sobre los servicios que prestan.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Es importante adaptar los materiales de IEC para grupos de clientes específicos

La mayoría de los proyectos estudiados se esfuerzan en producir materiales de IEC en lenguas locales. Salvo en el DART, los materiales producidos se dirigen a clientes en general, pero los gestores de programa hicieron hincapié en

que es importante desarrollar materiales dirigidos a grupos de clientes específicos. La dirección de KCTT, por ejemplo, planea adaptar sus materiales de IEC actuales para que resulten más apropiados para los jóvenes.

3.12 Asociaciones y vínculos

Puede considerarse que todos los proyectos estudiados se caracterizan por dar alta prioridad a las asociaciones con otros proveedores de servicios, grupos comunitarios y gobiernos locales.

- El hospital y los dispensarios del **DART** han creado buenos vínculos con los comités de salud comunitarios, las ONG que dan apoyo a las personas seropositivas y las organizaciones que se dirigen a comunidades para aumentar la comprensión y aceptación de cuestiones relativas al VIH/SIDA. La colaboración entre el hospital, los dispensarios y las ONG que organizan grupos de apoyo y atención domiciliaria para personas seropositivas en diversas zonas de Soweto está bien desarrollada.
- Una de las características del **NDP** es la firme asociación entre el gobierno, las ONG y los donantes.

Sus principales asociados son:

- Comisión Nacional de Nutrición Alimentaria, que coordina todas las actividades relativas a la alimentación del lactante en el país y suministra al NDP dirección y coordinación general;
- Junta Central de Salud, organismo ejecutor del Ministerio de Salud, que asegura que el proyecto se ponga en práctica de conformidad con las estrategias de reforma de salud y suministra estuches de pruebas del VIH a través del Programa Nacional de Control del SIDA;
- Equipo de Gestión de la Salud del Distrito de Ndola (DHMT), brazo ejecutor de la Junta Central de Salud, que supervisa los servicios de atención de salud – tanto en la esfera clínica como en la esfera comunitaria – y coordina las actividades relativas a la salud en el distrito. El DHMT es responsable de supervisar la planificación y ejecución del NDP;
- Proyecto LINKAGES, programa mundial financiado por USAID que proporciona apoyo técnico y financiación para la ejecución completa, y trabaja en estrecho contacto con los asociados para ayudar al cumplimiento de los objetivos del NDP. Entre sus responsabilidades figuran la renovación del dispensario Lubuto, la capacitación de los proveedores

de atención de salud y de los animadores comunitarios, y la ayuda en el terreno del control y la observación;

- Hope Humana, ONG zambiana autorizada que ayuda al dispensario Lubuto en las pruebas del VIH, el asesoramiento y el trabajo de laboratorio; sirve de enlace entre la comunidad y los dispensarios; y ayuda a organizar actos de promoción para sensibilizar a las partes interesadas y los órganos decisorios;
- Programa Integrado de Salud de Zambia, que suministra la mayor parte de los fondos para los cursos de capacitación comunitaria.

Ndola fue seleccionado como ubicación del proyecto debido a que en los años anteriores en el distrito se había creado un equipo de trabajo multisectorial sobre el VIH/SIDA, así como varios grupos de apoyo de base comunitaria, y estaban funcionando bien (véase más información en el capítulo 2). El asesor de LINKAGES explica: *“Inicialmente miramos lo que estaba disponible en el plano comunitario de modo que no tuvimos que implantar nuevas estructuras”*. Una red de remisiones asegura que las personas que asisten a los servicios de APV del NDP reciben atención y apoyo continuos de otros servicios situados en el distrito. Forman parte de esta red diversos

dispensarios y hospitales, ONG y los grupos de apoyo comunitario. Además de establecer el APV, se ha creado una atmósfera que reduce el

estigma, implica a los varones y aumenta la aceptación de las decisiones sobre alimentación del lactante que adoptan las mujeres.

Modelo del proyecto experimental de Ndola



Fuentes: LINKAGES

Las remisiones de clientes entre las organizaciones pertenecientes a la red se hacen de forma eficaz utilizando fichas de remisión y un directorio de remisiones. Los gestores de proyecto informan de que la colaboración de los grupos comunitarios y los centros de salud en la promoción del APV, educando al público en lo referente al VIH/SIDA y la TMI, asesorando y proporcionando apoyo a las mujeres que habían dado a luz, ha mejorado la capacidad de hacer remisiones y ha aliviado en parte la presión del sobrecargado sistema de salud.

- En el **Proyecto piloto de TB/VIH**, se considera prioritaria la participación de las partes interesadas de la comunidad en la planificación, desarrollo y coordinación de proyectos. Donde existen comités y foros amplios de partes interesadas, éstos participan en la coordinación del proyecto desde su comienzo, lo que se describe más detalladamente en el capítulo 2.

Según los asesores, el apoyo comunitario a las PVVS no es aún muy firme y había pocas organizaciones comunitarias instituidas fuera de los

dispensarios a las cuales referir a las personas para brindarles apoyo continuo. La atención domiciliaria estaba mejor organizada y suministrada, principalmente por dos ONG: la Cruz Roja y Philang. También hay un grupo de jóvenes – ‘*Vukani*’ – , que es activo en sensibilizar sobre el VIH/SIDA y reducir la discriminación contra las personas que viven con el VIH y el SIDA. Entre otras ONG figuran Life Line, que proporciona asesoramiento, y SWEAT y Triangle, que apoyan a los profesionales del sexo.

- Los centros de APV de **KCTT** tratan de obtener la participación de los gestores clínicos, el Equipo de Gestión de Salud del Distrito y los comités de salud comunitarios cuando se implantan nuevos servicios de APV. Los miembros de la comunidad colaboran con la difusión de información en algunos puntos de APV. KCTT también colabora con organizaciones de apoyo a PVVS. Los cuatro centros de APV de Lusaka que están anejos a dispensarios funcionan en colaboración con el DHMT, y el programa ZAMBART. Los tres asociados comparten responsabilidades:
 - KCTT gestiona los servicios, incluido el suministro de asesores;
 - el DHMT facilita los locales sin cargo (a excepción de un centro) y ha trasladado temporalmente a un trabajador a uno de los centros de APV (el sueldo es

sufragado entre KCTT y el DHMT); y

- ZAMBART suministra tratamiento de ITS a todos los clientes de APV y atención médica, incluidos la TPTB y el tratamiento de la TB, a las personas que obtienen un resultado seropositivo; ZAMBART también subvenciona a los encargados de la movilización comunitaria en uno de los centros.

KCTT ha establecido asociaciones con organizaciones de apoyo a PVVS pero, según los asesores, en Lusaka los sistemas de apoyo (en especial para los jóvenes) son débiles. Consideran que son necesarios sistemas de apoyo más fuertes para las personas que obtienen un resultado serológico positivo, ya que los servicios actuales no bastan para responder a las necesidades especiales de los jóvenes seropositivos. Los servicios de atención domiciliaria están bien organizados en la mayor parte de Lusaka y suelen dirigirlos organizaciones religiosas.

- A raíz de la implantación del servicio de **ZAPSO**, también se ha creado en Zimbabwe el proyecto de comercialización social ‘New Start’, servicio de APV financiado por USAID. ZAPSO y New Start mantienen vínculos estrechos y los asesores de ambos servicios asisten a seminarios conjuntos de capacitación. ZAPSO no tiene el

propósito de suministrar apoyo duradero a los clientes después del APV y, por consiguiente, ha desarrollado una amplia red de remisiones. Entre los vínculos figuran:

- organizaciones de apoyo a PVVS;
- programas de tratamiento para PPVS, por ejemplo, el Centre; ZAPSO también ha organizado seminarios para la asociación de médicos de familia con objeto de debatir sobre las ventajas del APV y facilitar las remisiones;
- asesoramiento continuo por problemas matrimoniales y asesoramiento a adolescentes y familias en Connect Counselling;
- servicios de apoyo espiritual y religioso a través de un amplio número de vínculos establecidos con grupos de la iglesia y religiosos.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Es importante contar con la participación de la comunidad en el desarrollo de nuevos servicios

Los gestores de proyecto consideraron importante contar con la participación de las partes interesadas, los órganos de representación tales como los comités de salud comunitaria y la dirección clínica, en la planificación y creación de los servicios de APV. Recomendaron

con firmeza que, antes de comenzar un nuevo proyecto o crear un nuevo centro de APV, todas las partes interesadas conozcan a fondo los objetivos y las repercusiones para la comunidad y los dispensarios. Según los gestores de programa, esto aumenta la aceptación de nuevos servicios, ayuda a asegurar que no haya malentendidos acerca del propósito y hace que las partes interesadas tengan más interés en movilizar a la comunidad para promover y usar los servicios. Como resumió una de las enfermeras del Proyecto piloto de TB/VIH: *“Cuando trabajas con la comunidad y tienes un foro comunitario, tienes que trabajar a través de ellos. Sencillamente no puedes tomar la decisión de introducir algo nuevo y empezarlo. Tienes que tener en cuenta la comunidad”*.

Mejorar la capacidad de las comunidades de suministrar apoyo continuo es importante y exige tiempo y recursos

La capacidad de los asesores de APV de proporcionar atención y apoyo continuos a los clientes después del APV tiene sus límites. Es un problema permanente mejorar la capacidad de las comunidades para suministrar apoyo social a los clientes seropositivos, incluidos los proyectos que generan ingresos y los grupos de apoyo a PVVS. Como observó una de las enfermeras del Proyecto piloto de TB/VIH, *“Existe una laguna en la comunidad en cuanto a suministrar atención*

y apoyo a PVVS. Sólo hay un asistente social y tenemos que hacer planes para ampliar el apoyo. Tenemos que establecer redes con las iglesias, los curanderos tradicionales y las escuelas. Están ahí, pero cada grupo trabaja en su propio rincón, actuando a su manera. Necesitamos empezar a crear esas redes”.

Los gestores de proyecto del NDP, por ejemplo, hacen hincapié en la importancia de mejorar la capacidad de los grupos comunitarios y dedican tiempo y recursos considerables a organizar y suministrar capacitación continuada al gran número de miembros de grupos comunitarios que desean participar en los cursos de capacitación. Para su formación se utilizan los mismos contenidos que para el personal clínico, pero adaptándolos a sus necesidades. Además, los tutores comunitarios tuvieron que recibir capacitación para dar apoyo a sus grupos. La capacitación se considera un incentivo entre los agentes de salud comunitaria, que informan de que tienen una posición más elevada en la comunidad gracias a su trabajo. Asimismo, la coordinación de los grupos comunitarios requiere tiempo. Los agentes de salud participan estrechamente en la planificación y vigilancia de las actividades que llevan a cabo los grupos comunitarios. En cada dispensario hay enfermeras que actúan como punto focal para los diversos grupos comunitarios, vigilando su trabajo y colaborando con ellos en sus actividades divulgativas.

3.13 Vigilancia y evaluación

Todos los proyectos reconocen la importancia de contar con mecanismos de vigilancia y evaluación. Antes de comenzar los servicios, se llevaron a cabo en diversos proyectos encuestas de alcance limitado y análisis de situación.

- En el **DART**, se hizo un estudio con una muestra de clientes de APV utilizando cuestionarios para medir la satisfacción de los clientes. Los resultados aún no se han evaluado. Entre los indicadores de vigilancia permanente figuran los siguientes:
 - el número de mujeres que se registran en los servicios de atención prenatal;
 - el número de mujeres que aceptan o rechazan los servicios de APV entre las que acuden a los servicios de atención prenatal;
 - el porcentaje de mujeres que obtienen un resultado serológico positivo y que reciben o no los resultados de la prueba;
 - el porcentaje de mujeres seropositivas que aceptan la intervención con Nevirapina;
 - el porcentaje de mujeres infectadas por el VIH que deciden amamantar a sus hijos;
 - el número de mujeres que reciben asesoramiento continuo;

- el número de mujeres que regresan con sus parejas para que se sometan a la prueba.
- Al comenzar el **NDP**, se hizo una encuesta de alcance limitado sobre los conocimientos/ actitudes respecto al VIH/SIDA, la TMI, el APV y las prácticas de alimentación del lactante entre las mujeres del dispensario y la comunidad, los proveedores de servicios de los centros de salud y las organizaciones de base comunitaria. Se hacen encuestas periódicas que siguen la encuesta de alcance limitado con intervalos de 9 y 18 meses para evaluar la ejecución y se ha desarrollado una gama de indicadores de proceso y de resultados. Entre los indicadores de resultados figuran:
 - la tasa de amamantamiento exclusivo de los lactantes de 0 a 6 meses de edad en el área de influencia del NDP;
 - la tasa de aceptación del APV entre las mujeres que reciben atención prenatal en los dispensarios del NDP;
 - la tasa de aceptación del APV entre las mujeres que reciben atención posparto en los dispensarios del NDP;
 - el porcentaje de mujeres con niños de 6 a 10 meses de edad que usan como mínimo dos alimentos complementarios adecuados, tal como recomienda el Ministerio de Salud;

- el número de personas que se han sometido a la prueba que comunican los resultados a sus parejas o familiares; y
- el número de miembros del personal capaces de suministrar un asesoramiento de calidad.

Para vigilar el uso del APV se utiliza una 'hoja de seguimiento del servicio' de APV y para vigilar el progreso del proyecto se emplea una serie de indicadores. Los asesores de APV recogen información durante el asesoramiento previo y posterior a la prueba, incluidos datos sobre el sexo, edad, categoría del cliente (por ejemplo, atención prenatal, planificación familiar, remisión de los servicios respetuosos con los jóvenes, remisión comunitaria, otras). Otra información incluye los resultados de la prueba del VIH, el número de resultados de la prueba recogidos y la remisión de clientes para recibir más apoyo. Los gestores también planean vigilar el uso de los servicios de remisión. Se realiza una investigación permanente para saber más sobre la toma de decisiones, la aceptación de los resultados seropositivos, el mantenimiento del estado serológico negativo y las opciones sobre alimentación del lactante. Los grupos comunitarios mantienen un registro y envían informes con frecuencia a los agentes de salud de modo que sus actividades puedan coordinarse con los dispensarios.

- En el **Proyecto piloto de TB/VIH**, antes de poner en marcha el proyecto se realizó una evaluación de alcance limitado de los servicios de TB y VIH. Se han desarrollado diversos indicadores para vigilar periódicamente el acceso a los servicios de APV en el distrito, entre los que figuran el número de:
 - centros de atención de salud que ofrecen servicios de APV en el distrito;
 - centros de atención de salud que ofrecen pruebas rápidas en el distrito;
 - personas que se sometieron a la prueba del VIH en los centros piloto;
 - personas que se presentaron en los centros piloto por propia iniciativa para someterse a la prueba del VIH;
 - personas que no llegaron a recibir los resultados de la prueba del VIH;
 - personas que recibieron los resultados de la prueba del VIH el mismo día;
 - personas que resultaron seropositivas;
 - pacientes de TB que se registraron en el distrito durante un trimestre del año;
 - pacientes de TB entre los anteriores que reciben asesoramiento previo a la prueba del VIH;
 - pacientes de TB que se someten a la prueba del VIH; y
 - pacientes de TB que son seropositivos.

Como parte de la vigilancia sistemática, durante la sesión de asesoramiento previo a la prueba los asesores de APV completan un formulario para la prueba del VIH con información sobre el paciente. Entre los planes futuros figura la vigilancia de resultados de los servicios de APV, tales como los cambios de comportamiento sexual, la revelación del estado serológico con respecto al VIH y la aceptación del asesoramiento continuo.

- Los asesores de **KCTT** recogen diversos datos del cliente durante el asesoramiento previo y posterior a la prueba. Entre ellos figuran los datos personales, los conocimientos generales sobre el VIH/SIDA, el historial médico, el comportamiento de riesgo, las opiniones relacionadas con el APV y la intención de cambiar de comportamiento. Se han realizado diversos estudios en KCTT para analizar el cambio de comportamiento a raíz del APV, los obstáculos que dificultan las pruebas y la aceptación de la situación después del APV. Los gestores de KCTT informan de que la vigilancia diaria y los mecanismos de evaluación deben reforzarse y los datos deben revertir en los asesores para que tengan una comprensión mejor de sus logros y de las áreas que podrían mejorarse.

- **ZAPSO** desarrolló su servicio después de hacer un profundo análisis de situación. Sigue vigilando y evaluando el servicio para asegurar que se mantiene la calidad y que el servicio puede responder a las necesidades de sus clientes. Todos los clientes llenan un cuestionario breve antes de ver al asesor. El cuestionario reúne información sobre, por ejemplo, los datos demográficos y las razones de hacerse la prueba. También se pide a todos los clientes que rellenen anónimamente un cuestionario de salida sobre el servicio. Las sugerencias recogidas han conducido a la introducción de cambios en el servicio¹³. ZAPSO también planea hacer un seguimiento a más largo plazo para evaluar el cambio de comportamiento y otras consecuencias del APV.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Se requiere una mejor retroalimentación para dirigir los esfuerzos programáticos

Los gestores de programa valoran los mecanismos de vigilancia y evaluación que permiten retroalimentar continuamente a los gestores y a los asesores de

APV en lo relativo a la situación de los servicios suministrados y los progresos realizados. También valoran el hecho de que los mecanismos de retroalimentación pueden aumentar los conocimientos del personal que participa en el programa y pueden servir de guía para mejoras futuras. Se señalaron como prioridades especiales la información sobre la comprensión de los servicios de APV que se necesita para dirigir los esfuerzos de divulgación con grupos destinatarios concretos, y los datos de vigilancia, que pueden dirigir las estrategias relativas al aumento de la aceptación de la prueba del VIH.

Se requiere más información de seguimiento a largo plazo

Existe poca información sobre los efectos a largo plazo en las personas que han asistido a los servicios de APV. Aunque algunos estudios han mostrado que las personas – tanto las que obtuvieron un resultado serológico positivo como las que lo obtuvieron negativo – tuvieron cambios de comportamiento sexual a corto y medio plazo después del APV, existen pocos datos disponibles de seguimiento a largo plazo.

El control de calidad es una prioridad

Los gestores de programa informan de que, para poder mantener a largo plazo

¹³ Por ejemplo, los clientes afirmaron que no disfrutaron la presentación de videos de educación de salud sobre el VIH/ITS en la sala de espera, dado que ya estaban preocupados por la prueba y preferían leer revistas o ver la televisión.

la calidad del asesoramiento, serán necesarios mecanismos para evaluar el contenido y la calidad del mismo. En los proyectos examinados, la calidad del asesoramiento suele vigilarse mediante presentaciones de casos y la escenificación de situaciones durante las sesiones con tutores. Los gestores de programa observan que se necesitan más medios de evaluación objetiva para completar este enfoque cualitativo.

3.14 Financiación y costos

Los cinco proyectos suministran servicios de APV gratuitos¹⁴, aunque suele haber costos no contemplados para los clientes, como por ejemplo los costos de transporte al centro de APV y el tiempo que descuentan de su jornada laboral. Hasta ahora, los servicios de APV de los cinco programas se han financiado con subvenciones o ayudas de los gobiernos nacionales o de donantes internacionales.

Los costos¹⁵ de los servicios de APV y de las terapias antirretrovíricas en el **DART** corren a cargo de diversas organizaciones no gubernamentales y del sector privado. Los gestores de proyecto confían en que en el futuro el gobierno asuma una responsabilidad mayor en el plano organizativo y económico para el suministro de servicios.

En el **NDP**, el Gobierno de Zambia incluyó a Ndola entre los 22 centros de APV gestionados por él y asume los costos de los estuches de pruebas del VIH y otro material así como el personal de laboratorio del dispensario Lubuto. **LIN-KAGES** – programa mundial financiado por USAID – corre con los demás gastos.

¹⁴ *KCTT cobra oficialmente 500 kwacha (aproximadamente 0,13 dólares estadounidenses) por cada prueba del VIH en uno de los centros independientes, pero también se hace la prueba a los clientes que no pueden pagarla.*

¹⁵ *Los costos incluyen: prueba inicial y de confirmación: 1,50 dólares estadounidenses cada una; intervención de Nevirapina: 3,25 dólares estadounidenses por madre e hijo (pastilla y jarabe).*

El Departamento de Salud sudafricano financió el **Proyecto piloto de TB/VIH** con 1,7 millones de rand¹⁶ para los dos primeros años. Las autoridades de salud locales y provinciales también asumen parte de los costos (por ejemplo, la contratación de más asesores, los costos de las pruebas del VIH y tratamiento médico). Para asegurar la continuidad en los distritos piloto y ampliar el proyecto a otros distritos, se ha solicitado apoyo multianual a donantes bilaterales.

Los servicios de APV de **KCTT** son financiados principalmente por NORAD, el organismo bilateral noruego. El servicio de APV zambiano, organismo gubernamental, suministra los estuches de pruebas del VIH. ZAMBART financia los costos de los movilizadores de un centro de APV, incluidos los pagos para la movilización, capacitación y supervisión. En septiembre de 2000, se calculaba que el costo por unidad de APV era de US\$ 7.

ZAPSO es una ONG nacional y recibe fondos tanto de donantes como del gobierno. Actualmente, los donantes principales son el Gobierno neerlandés, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Oak Foundation. ZAPSO trabaja en estrecho contacto con el Ministerio de Salud y utiliza sus directrices.

Enseñanzas adquiridas y retos actuales

Asegurar la financiación sostenible para los servicios de APV

El costo de los modelos de servicio actuales, entre ellos el personal y los suministros, sobrepasa lo que posiblemente podría sostenerse mediante las tarifas de los usuarios, así que continúa siendo un gran problema asegurar la financiación sostenible.

KCTT, como muchas otras ONG, sigue sufriendo restricciones económicas pese a tener un historial de suministrar servicios de calidad durante muchos años. Los gestores informan de que es problemático pero deseable conseguir financiación por varios años y diversificar el apoyo entre diversos donantes, mejor que depender de una sola fuente de financiación. Este enfoque podría ser una forma de reducir al mínimo las carencias económicas. También es importante la planificación minuciosa y la vigilancia de actividades, especialmente cuando se amplían los servicios.

En Zimbabwe, como en otros países, los costos de suministrar servicios de APV son relativamente altos. Esto se debe a que, en Zimbabwe, todo el asesoramiento es suministrado por asesores capacitados y los propios estuches de pruebas del VIH siguen siendo caros.

¹⁶ 1 dolar estadounidense = 8 rand (aproximadamente, en mayo de 2001).

Cuando ZAPSO empezó a suministrar servicios de APV por primera vez, se cobraba por el servicio una tarifa subvencionada de 150 dólares de Zimbabwe¹⁷. No obstante, después de un periodo de prueba, cuando el servicio se suministró gratuitamente, se observó un aumento de las visitas, y se aceptó que incluso la tarifa subvencionada era demasiado cara para muchos clientes. Actualmente todos los servicios son gratuitos, y los fondos proceden del Comité Nacional del SIDA. Esta política será examinada periódicamente. Se confía en que los costos de los estuches de pruebas del VIH se reduzcan con el tiempo, pero a los gestores les preocupa el hecho de que facilitar asesoramiento individual de alta calidad resulte siempre relativamente

caro. Por consiguiente, la financiación continua sigue siendo una preocupación y ha entorpecido la rápida ampliación de servicios.

Otro de los grandes problemas para ZAPSO es la retención de personal. Los sueldos de asesoramiento nacionales son bastante bajos y la inestabilidad económica ha tenido como consecuencia para ZAPSO la dificultad de retener al personal, especialmente en Harare, donde el costo de la vida es alto y hay muchas oportunidades de trabajar en ONG internacionales y otros puestos para los asesores bien cualificados y con experiencia. Esto puede resultar frustrante para una ONG pequeña y caro en cuanto a capacitación.

¹⁷ 1 dolar estadounidense = 50 dólares de Zimbabwe (aproximadamente, en abril de 2002).

Conclusiones

La presente publicación describe el suministro de servicios de APV en cinco entornos diferentes con diversas capacidades, destinados a poblaciones diferentes y que ofrecen una gama de servicios después de la prueba. Esto pone de relieve la necesidad de que no se considere el APV como una intervención uniforme. El APV debe ser flexible y capaz de adaptarse a las necesidades de la población a la que sirve. Es poco probable que el mismo modelo sea idóneo para todas las poblaciones. Los enfoques que permiten el acceso de las mujeres embarazadas a las intervenciones de prevención de la TMI y al APV se diferenciarán de los enfoques encaminados principalmente a suministrar asesoramiento de diagnóstico y de apoyo continuo para las personas que asisten a los servicios médicos. Todos los enfoques que se describen en este documento han demostrado ser factibles y aceptables, pero existen numerosas dificultades para que pueda producirse una ampliación rápida de los servicios.

El estigma sigue siendo un gran obstáculo que dificulta el acceso de las personas al APV y su participación en actividades de apoyo posteriores a la prueba. No obstante, muchos de los proyectos que se describen son nuevos, y se han desarrollado durante los últimos tres años. Es previsible que, con el número creciente de personas que se someten al APV, se produzca el efecto de reducir el estigma y resaltar la normalización y aceptación del VIH y el APV en la comunidad.

Hay muestras crecientes de que el APV puede tener una función destacada en el sentido de ayudar a las personas a cambiar su comportamiento sexual y reducir así la transmisión del VIH. No obstante, esto se nota más cuando las parejas se

someten juntas a la prueba. En todos los proyectos descritos, sólo una minoría de las personas que acudieron al APV fueron con sus parejas. También se observa a menudo que es difícil compartir los resultados de la prueba del VIH con las parejas, especialmente en el caso de las mujeres seropositivas. Éste es un problema en especial para las mujeres que asisten a los servicios de APV, en dispensarios de atención prenatal donde muy pocas mujeres embarazadas acuden con sus esposos/compañeros (el DART y el NDP). Las mujeres embarazadas que reciben solas APV pueden sentirse vulnerables y sin apoyo si no pueden compartir los resultados de la prueba del VIH con su pareja o con un familiar próximo. Los asesores que han recibido capacitación en asesoramiento previo y posterior a la prueba algunas veces informan de las dificultades que tienen asesorando a parejas. Deben plantearse modos innovadores de dirigirse a las parejas y debe suministrarse a los asesores capacitación y apoyo permanentes de modo que puedan facilitar un asesoramiento de pareja eficaz y se sientan capaces de ayudar a las parejas en sus problemas de comunicación.

Las poblaciones destinatarias y los usuarios de los servicios varían considerablemente entre los cinco servicios estudiados. Cuatro de los proyectos (el NDP, el Proyecto piloto de TB/VIH, KCTT y ZAPSO) tienen el propósito de suministrar servicios de APV accesibles para el

público en general, aunque puedan incluir también un enfoque sobre un grupo de clientes específico. La mayoría de los servicios de APV reconocen que es muy importante tener como destinatarios a los jóvenes en África subsahariana, donde el potencial del APV como una intervención importante en la prevención del VIH es más grande en este grupo. KCTT ha demostrado obtener buenos resultados a la hora de atraer a los jóvenes con servicios diseñados específicamente para ellos o asesores capacitados para responder a sus necesidades especiales. Se recomienda a todos los prestadores de servicios de APV que tengan un enfoque mayor en el suministro de servicios de APV para jóvenes y la capacitación continua de los asesores en asesoramiento para jóvenes.

En cuatro de los cinco proyectos se emplean pruebas rápidas del VIH, y éstas se implantarán próximamente en los centros de ZAPSO. Los avances tecnológicos en lo relativo a las pruebas rápidas del VIH que permiten que éstas sean realizadas por personal ajeno al laboratorio, con un equipo mínimo y utilizando estuches de pruebas que pueden almacenarse a temperatura ambiental, harán que los servicios de APV se desarrollen con mucha más amplitud. La mayoría de los clientes de APV prefieren recibir los resultados de la prueba sin dilación y, pese a algunos recelos iniciales, los asesores también consideran las pruebas rápidas aceptables y beneficiosas para los

clientes. Los asesores reconocen que, si se usan las pruebas rápidas, deben ofrecer a los clientes la opción de rechazar la prueba o posponerla, especialmente en los centros donde éstos no acuden explícitamente para recibir APV (por ejemplo, los centros de atención prenatal o de atención primaria de salud). Dado que la precisión de la prueba del VIH es tan importante, en todos los centros de APV se lleva a cabo un control de calidad externo utilizando algoritmos de pruebas rápidas.

Algunas veces se considera que el suministro actual de APV ocupa demasiado tiempo a los asesores. Se ha propuesto que podría reducirse el asesoramiento previo a la prueba a una sesión muy breve o sustituirlo en gran parte por sesiones de información de grupo para permitir que un número mayor de personas se beneficien de la prueba del VIH cuando el personal capacitado sea limitado. Sin embargo, todos los servicios de APV estudiados informaron de que para suministrar de forma adecuada asesoramiento ético previo a la prueba se requerían al menos 15 a 20 minutos, y ninguno de ellos consideró aceptable ofrecer una sesión previa a la prueba mucho más breve. Algunos miembros del personal informaron de que, cuando se sentían bajo presión o no disponían del tiempo necesario para el asesoramiento previo o posterior a la prueba, consideraban que no podían suministrar apoyo suficiente a sus clientes.

Los requisitos del personal (cantidad y capacitación) no deben subestimarse al planificar la ampliación de los servicios de APV en África subsahariana. Si las enfermeras ya tienen un exceso de trabajo en los centros de atención de salud, podría tenerse en cuenta la capacitación de otros grupos de trabajadores. Debe asegurarse el apoyo y la supervisión continuos de los asesores, cualquiera que sea su formación, para poder suministrar asesoramiento de alta calidad y evitar el agotamiento de los asesores.

Aunque se ha demostrado que el APV es una intervención eficaz en función de los costos en cuanto a reducir la transmisión del VIH, es una intervención relativamente costosa y ha resultado difícil lograr la financiación adecuada y continua de algunos de los servicios de APV descritos. La financiación escasa o irregular desmoraliza a los asesores y conduce a un elevado índice de rotación del personal debido a que éste se va para ocupar trabajos con mejores sueldos o puestos de trabajo más seguros.

El APV suele ser sólo la primera fase en las necesidades de atención de las personas infectadas por el VIH. En todos los servicios de APV descritos se han formado clubes posteriores a la prueba por medio de los cuales se puede recibir apoyo psicológico continuo. La mayoría de los proyectos remiten a otros grupos de apoyo y organiz-

mos de asesoramiento para obtener apoyo psicológico continuo. Los centros del Proyecto piloto de TB/VIH suministran atención médica completa para las personas seropositivas después del APV. Para la mayoría de los otros centros, la atención médica continua es un problema. Se desconoce la captación de esos servicios de atención y apoyo continuos y los resultados a largo plazo para las personas después del APV. Aunque el seguimiento después del APV es difícil, especialmente en los centros donde se ofrece APV anónimo, debe tenerse en cuenta la investigación operativa para determinar los resultados a largo plazo del APV, con el fin de asegurar que no se deja sin apoyo y en desventaja después de la prueba a las personas (especialmente las que obtienen un resultado serológico positivo). Los resultados para los jóvenes después de recibir APV son asimismo muy poco conocidos. Hay una necesidad urgente

de desarrollar intervenciones de comportamiento eficaces para ayudar a los jóvenes a mantener prácticas sexuales más seguras después de la prueba y opciones de apoyo psicológico adaptadas a las necesidades de los jóvenes que obtienen un resultado serológico positivo. Esas intervenciones también necesitarán una evaluación cuidadosa.

Existe un apoyo internacional generalizado a la expansión rápida del APV como componente de la prevención del VIH y como medio de permitir el acceso de las personas seropositivas a la atención, incluidas las terapias anti-retrovíricas y las intervenciones de prevención de la TMI. Los proyectos descritos ilustran enfoques eficaces para la prestación de APV, pero también ponen de manifiesto las dificultades, y otros requisitos de servicios, que tendrán que abordarse en paralelo para que la ampliación rápida del APV sea eficaz y fructífera.

ANEXO I: Direcciones de contacto

Para obtener más información sobre los proyectos concretos que se examinan en este documento, pueden ponerse en contacto con las siguientes personas:

Proyecto Experimental de Terapia Antirretrovírica (DART), hospital Chris Hani Baragwanath, Soweto (Sudáfrica)

Dr Glenda Gray, Director
Perinatal HIV Research Unit
PO Box Bertsham 2013
Old Potch Road
Soweto
Sudáfrica
Tel: +27 11 9899700
Fax: + 27 11 989 97 16
E-mail: gray@pixie.co.za

Proyecto experimental de Ndola (NDP), Provincia de Copperbelt (Zambia)

Nomajoni Ntombela, Resident Adviser
AED/LINKAGES Project/Zambia
PO Box 32242
3039 Makishi Road, Fair View
Lusaka
Zambia
Tel: +260 1 234 311/2/4 ó 224 481
Fax: +260 1 224 474
E-mail: nomajoni@link.org.zm

Proyecto piloto de TB/VIH, Distrito Central, El Cabo Occidental (Sudáfrica)

Dr Pren Naidoo, Project Manager
30 Hermina Ave
Constantia
7800 Sudáfrica
Tel/Fax: +27 21 7946233
E-mail: pnaidoo@icon.co.za

Fondo de Asesoramiento y Capacitación Kara (KCTT), Lusaka y Choma (Zambia)

Stanley Chama, VCT manager
PO Box 37559
Hope House, 174 Luanshya Road, Villa Elizabetha,
Lusaka
Zambia
Tel: +260 1 227086/
Tel. Celular: +260 096767858
Fax: +260 1 227087
E-mail: hopekara@zamnet.zm

Organismo de Apoyo y Prevención del SIDA de Zimbabwe (ZAPSO), Harare y Chitungwiza (Zimbabwe)

Evelyn Serima, Executive Director
ZAPSO
PO Box CY 1417
Causeway, Harare
Zimbabwe
Tel: +263 4 702497
Fax: +263 4 735025
E-mail: zapso@healthnet.zw

ANEXO II: Bibliografía

Godfrey-Faussett P, Maher D et al. (2000) *The ProTEST initiative: promoting HIV voluntary testing as a key to a more coherent response to tuberculosis in high HIV prevalence settings*, Ginebra

LINKAGES (2000), *Ndola Demonstration Project*, World Linkages, Washington DC.

Ministerio de Salud de Zambia/Junta Central de Salud (1999) *HIV/AIDS in Zambia*, Zambia.

Naidoo P (2000) *Rapid HIV Testing Training Manual*, inédito, Sudáfrica

National Food and Nutrition Commission, Ndola District Health Management Team, LINKAGES Project, SARA Project (1999) *HIV and Infant Feeding: a summary of the findings and recommendations from the formative research carried out in Lubuto, Main Masala, Twapia and Kabushi health centre areas of Ndola, Zambia*, Zambia

Oberzaucher N (2000), *Factors influencing young Zambians' decision regarding the use of voluntary counselling and HIV testing services*, inédito, UNICEF Zambia.

OMS/ONUSIDA (2001, borrador) *A strategic framework to decrease the burden of TB/HIV*, Ginebra.

OMS (1999) *Voluntary Counselling and Testing for HIV Infection in Antenatal Care; Practical considerations for implementation*, Ginebra.

OMS/ONUSIDA (1999) *HIV in pregnancy: a review*, Ginebra.

OMS (1997) *Coming of age: from facts to action for adolescent sexual and reproductive health*, Ginebra.

ONUSIDA (1999) *Knowledge is power: Voluntary HIV counselling and testing in Uganda*, Estudio de caso del ONUSIDA, Ginebra.

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

ONUSIDA (2000) *Medios para evaluar el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH*, Ginebra.

ONUSIDA (2000) *Asesoramiento y pruebas voluntarias, Actualización técnica*, Ginebra.

ONUSIDA (2001) *Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias – una revisión global de las ventajas y dificultades*. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, Ginebra.

Population Reference Bureau (2001), *Youth in sub-Saharan Africa: A chartbook on sexual experience and reproductive health*, Washington, DC.

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 ocho 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 Internacional del Trabajo (OIT), 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 ocho 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 las fronteras.

El asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (APV) constituye una puerta de acceso a la prevención y atención, y desempeña una importante función en cuanto a ayudar a las personas a cambiar su comportamiento sexual y reducir de ese modo la transmisión del VIH. Los servicios de APV se están promoviendo y desarrollando más ampliamente y muchos países están institucionalizando gradualmente el APV como parte de su conjunto de medidas de atención primaria de salud.

El propósito de la presente publicación es describir las experiencias de cinco programas en África subsahariana y los problemas a los que tuvieron que hacer frente. Esos programas desarrollaron prácticas eficaces y aplicaron enfoques originales y fructíferos con respecto al APV en cuatro áreas temáticas clave, a saber:

- prevención de la transmisión materno-infantil
- tuberculosis (TB)
- jóvenes
- grupos de población general.

Los programas funcionan en entornos con pocos recursos y muchas de sus experiencias y enseñanzas pueden transferirse de país y de cultura, y pueden fortalecerse mediante la movilización de la comunidad y las medidas de políticas públicas. La presente publicación pone de manifiesto la necesidad de que el APV no se considere una intervención uniforme, sino un servicio flexible que puede adaptarse a las necesidades de la población a la que sirve.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

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

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

20, avenue Appia – 1211 Ginebra 27, Suiza

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>