

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST/Aids



Taller de Capacitación
Pedagógica – Reflejando Processos
Educativos Y de Prevención Relacionados a Las
EST/VIH/SIDA

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2004

©2004. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 200 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST/Aids

Unidade de Desenvolvimento Humano e Institucional, 1.º andar

Av. W 3 Norte, SEPN 511, Bloco C, Asa Norte

Tels.: 55 – 61 – 448 8131 / 448 8023

Fax: 55 – 61 – 448 8104

CEP: 70750-543, Brasília – DF

Home page: <http://www.aids.gov.br>

Elaboradoras:

Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa

Simone Souza Monteiro

Colaboradores:

Cristina Alvim Castello Branco

Eliane Portes Vargas

Gilvam de Almeida Silva

Izabel dos Santos

Jackeline Fabiula Esteves Ferreira

Jeanete Mufalo Silva Bueno

Silvana Solange Rossi

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids.

Taller de capacitación pedagógica: reflejando procesos educativos y de prevención relacionados a las EST/VIH/SIDA/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

148 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-0756-4

ISBN 85-334-0755-6: Workshop for pedagogical enablement: reflecting on the educational processes related to STD/Aids

1. Educação em saúde. 2. Capacitação. 3. Recursos humanos em saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. III. Título. IV. Série.

NLM WA 590

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/233 2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Projeto gráfico e capa: Sérgio Ferreira

Resumen

Presentación	5
Introducción	7
Programa Taller de Capacitacion Pedagogica: Reflejando los Procesos Educativos y de Prevención Relacionados a las EST/VIH/SIDA	9
Unidad Didáctica 1	11
Unidad Didáctica 2	15
Unidad Didáctica 3	19
Unidad Didáctica 4	25
Unidad Didáctica 5	29
Textos de apoyo	35
1 – Del proceso de aprender al de enseñar	37
2 – Prevención: agentes de intervención y red de apoyo	45
3 – Promoción, protección y prevención.	51
4 – Educando sobre SIDA: una perspectiva global	77
5 – La diseminación del virus VIH entre las mujeres brasileñas	91
6 – Qué es la evaluación?	99
7 – Entrenamiento mental	123
Lectura complementaria	129
Lista de notas.	147

PRESENTACIÓN

La Coordinación Nacional de EST/Sida se ha vuelto notable por la calidad de las respuestas que viene dando a las demandas configuradas por la epidemia del VIH/sida en Brasil.

En ese intento, gobierno y sociedad civil vienen aunando esfuerzos a través de políticas y programas involucrando a gestores, profesionales de salud, líderes comunitarios y personas portadoras del VIH/sida, en la perspectiva de la integración y sostenibilidad de las de las acciones conjuntas.

Como resultado de estos esfuerzos, podemos mencionar la calidad de la prevención a la asistencia, que coloca el Programa Brasileño de EST/sida como referencia internacional.

Hace parte de este cuadro las acciones y programas de entrenamiento y capacitación de recursos humanos, fundamental para la calidad de los resultados observados, a través de la disponibilidad de apoyo, supervisión y evaluación de impacto. Trabajamos en la implementación de metodologías educativas y de prevención, reuniendo elementos de la teoría y de la práctica por medio de una propuesta que toma el problema como eje y la participación de los educadores y educandos como estrategia del cambio conceptual, de comportamiento e institucional.

Creemos que esta propuesta metodológica reúne ingredientes fundamentales para la potencialidad de los actores, servicios e instituciones y para la optimización de los recursos humanos y financieros.

Esperamos que este material instructivo y educativo contribuya para el crecimiento, fortalecimiento y mejoría de la calidad de las acciones de capacitación para la prevención y asistencia, de los países en cooperación con Brasil, unidos en la lucha por el enfrentamiento y control de la epidemia del VIH/sida en el mundo.

Paulo Roberto Teixeira
Coordinador

INTRODUCCIÓN

Una de las herramientas más importantes en el trabajo de enfrentamiento de la epidemia del VIH/SIDA es el abordaje, dirigido a profesionales de salud y a los varios sectores de la sociedad, en la perspectiva de la capacitación ética y técnica, para acciones eficaces de prevención, asistencia y formación profesional.

La educación para la salud es un proceso que presupone cambios conceptuales, de comportamiento e instrumentales, cuya calidad e impactos están en relación directa con la adecuación de la pedagogía y metodologías adoptadas que lleven en cuenta la complejidad de la epidemia y la necesidad de abordajes más profundos e interdisciplinarios.

Las acciones que fundamentan esta premisa invierten recursos y esfuerzos buscando el perfeccionamiento de los procesos educativos utilizados. Mucho ha sido hecho en esta dirección, pero los resultados no han correspondido a los esfuerzos realizados. Varias preguntas pueden ser planteadas para explicar los resultados.

Una de ellas está relacionada a como estos procesos fueron concebidos. En la mayoría de las veces la formación de los profesionales de salud carece de reflexiones sobre procesos pedagógicos y como se configuran históricamente la relación entre profesionales y población usuaria. El modelo predominante en las propuestas educativas está identificado como el modelo instructivo. Este modelo trajo, a grosso modo, algunas consecuencias sociales, tales como: dificultad en realizar un análisis crítico de la realidad, individualismo, competitividad. Además de eso, como siempre hay respuestas correctas pre-establecidas hubo un compromiso de la creatividad.

Se depara hoy con nuevos conceptos dentro del campo de la salud colectiva. Se vivencia una relatividad del paradigma biomédico y de la estructura vertical que normaba la práctica caminando hacia el fortalecimiento del nuevo paradigma de la interdisciplinariedad e intersectorialidad. Así se busca integrar nuevos campos de saberes y prácticas, tales como: el ambiente, el comportamiento, la promoción a la salud, las políticas saludables. La epidemia de SIDA viene contribuyendo para estos cambios, una vez que impone la actuación en sociedad con otros sectores de la sociedad y la incorporación de saberes de otras disciplinas. De otra manera no se podría lidiar con esta epidemia.

Obviamente la educación también pasa por cambios a medida que la sociedad busca la construcción de la ciudadanía “busca la construcción de un presente capaz de proyectar un futuro mejor”.

(Ecopedagogía – 1999), y para esto nuevas tecnologías educativas han sido “inventadas y reinventadas”, principalmente los modelos pedagógicos centrados en el aprendizaje, capaz de generar un sujeto aprendiz autónomo.

Por tanto, en este momento, tanto la salud como la educación buscan caminos para construir un sujeto en estado permanente de aprendizaje, aprendiendo a aprender, aprendiendo a enseñar y enseñando a aprender.

De esta forma, este taller se propone a utilizar la metodología de la problemática que, centrada en la reflexión de lo cotidiano, estimula un proceso de desconstrucción y de búsqueda de nuevos y diferentes saberes que componen y posibilitan una nueva construcción de este cotidiano, que es dinámico y provisional. Esta forma de aprendizaje lleva a la persona, según Bordenave (1997), a desarrollar habilidades de observación, análisis, evaluación, cooperación entre los miembros del grupo y la superación de conflictos, además de posibilitar el desarrollo de tecnologías culturalmente compatibles.

El Taller está organizado en 6 Unidades siendo la primera de presentación y las otras cinco Unidades Didácticas propiamente dichas. Cada una de ellas contiene actividades específicas necesarias para trabajar determinado(s) concepto(s) – clave(s), con duración de 44 horas en total.

La mayoría de las actividades propuestas son realizadas en subgrupos y los productos son compartidos en plenarios. Las actividades de teorización son realizadas a través de lecturas y discusiones de textos, conferencia, debate y dinámicas de grupo, aplicadas según su adecuación a los diversos momentos.

La evaluación del proceso sucede en el inicio y término de las actividades de cada día con utilización de dinámicas que permitan la verificación del aprovechamiento de los participantes, facilidades y dificultades de la aplicación de la metodología, actuación de los facilitadores y propuestas de ajustes en el proceso del taller.

Al final del taller realizaremos evaluación inmediata de acuerdo con los indicadores propuestos en los objetivos, propósito y desempeños. La última actividad de la Unidad Didáctica 5 es la elaboración de un plan de acción con propuestas de continuidad del proceso de perfeccionamiento de las actividades de control de las EST/sida. Las propuestas presentadas serán subsidio para implementación de políticas y directrices de enfrentamiento de la epidemia en el país.

PROGRAMA TALLER DE CAPACITACION PEDAGÓGICA: REFLEJANDO LOS PROCESOS EDUCATIVOS Y DE PREVENCIÓN RELACIONADOS A LAS EST/VIH/SIDA

Propósito:

El taller posibilitará a los participantes una reflexión crítica sobre sus acciones de educación y prevención por medio de la vivencia del proceso pedagógico de la problemática y del estudio de diferentes estrategias, llevando en cuenta su construcción histórica y el reconocimiento de sus potencialidades y limitaciones.

Objetivos:

1. Contextualizar las diferentes metodologías educativas y de prevención en general y en la salud en particular, articulándolas con los modelos utilizados en los programas de prevención en EST/VIH/SIDA.
2. Reflejar sobre el proceso de prevención y cambio de prácticas de riesgo.
3. Conocer la adecuación de los procesos de evaluación en las diferentes metodologías de prevención.
4. Conocer la utilización de los métodos y técnicas de trabajo en la pedagogía de la problematización.
5. Vivenciar el proceso de la problematización.

Desempeños:

Al final de la capacitación el participante será capaz de:

1. Identificar en un programa de prevención la metodología propuesta, bien como sus potencialidades y limitaciones desde el punto de vista del impacto de la intervención propuesta.
2. Identificar las dificultades y facilidades de la aplicación de la pedagogía de la problematización.
3. Reconocer en un programa de prevención:
 - a) el papel del sujeto – población objetivo;
 - b) el papel del agente – multiplicador;
 - c) como las estrategias están establecidas.

4. Verificar si la evaluación propuesta está coherente con la concepción de prevención presentada.

Clientela: educadores que actúan en programas de prevención.

UNIDAD DE PRESENTACIÓN

Objetivos:

- Promover el conocimiento y la integración de los participantes.
- Trabajar la expectativa del grupo en relación al taller, comparando estas expectativas con el propósito definido para el mismo.
- Establecer contratos en lo que se refiere a:
 - horario
 - frecuencia.
- Presentar la programación del taller, justificando su finalidad.

Actividades

- Inauguración;
 - Dinámica de presentación e integración de los participantes y de los facilitadores del taller;
 - Planteamiento de expectativas de los participantes;
 - Distribución del Cuaderno del Taller seguida de la presentación del programa y lectura de la presentación, introducción, propósito y objetivos del taller, comparándolos a las expectativas explicitadas;
 - Establecimiento del contrato de trabajo;
 - Esclarecimiento de dudas;
 - Clausura de las actividades.
- Duración: 2 horas, de preferencia el domingo en la noche, seguido de cena de confraternidad.

UNIDAD DIDÁCTICA 1

Objetivo: Discutir el papel del agente-multiplicador y del sujeto-población blanco de la prevención y su relación en el proceso de intervención/cambio de práctica de riesgo.

UNIDAD DIDÁCTICA 1

Tiempo	Actividades del participante	Actividades del facilitador
2h30	1. Elabore un programa de prevención en EST/VIH/SIDA, llevando en cuenta las experiencias acumuladas del grupo	Divida el grupo en subgrupos de hasta seis personas y oriente la actividad sin interferir en la discusión, solamente puntuando en lo que se refiere a la objetividad del tema escogido. Solicite la sistematización escrita para presentación en plenaria.
15'	CAFÉ	
1h	2. Presente en plenaria el material elaborado en la actividad 1.	Coordine la plenaria destacando los elementos del proceso de prevención/cambio de prácticas de riesgo, el papel del agente-multiplicador y del sujeto-población blanco principalmente en situaciones relacionadas a la epidemia de VIH/SIDA y EST.
2h	3. Lea y discuta el Texto 1 : Del proceso de aprender al de enseñar, Davini, M.C.	Mantenga los subgrupos, oriente la lectura, estimulando la discusión de los puntos principales del texto.

15' CAFÉ

1h 4. Retome la actividad 1 y apunte en el programa de prevención elaborado como fue considerado el

Solicite que los subgrupos identifiquen:
a) cuales son las características del sujeto-población blanco y el papel del agente-multiplicador. Sistema-grama de prevención elaborado en
tice las conclusiones.
La actividad 1.
b) los elementos necesarios para que este proceso ocurra, conceptualizando prevención,
c) como el agente-multiplicador debe realizar las actividades y que cualidades él necesita desarrollar para ejercerla.

1h30' 5. Presente en plenaria las conclusiones de la actividad anterior.

Coordine la plenaria, destacando el concepto de prevención y los papeles del agente-multiplicador y del sujeto-población blanco de la prevención. Utilice la lectura del **Texto 2** – Prevención: Agentes de Intervención y Red de Apoyo, para finalizar la discusión.

15' 6. Evaluación de las actividades del día

Utilice una dinámica para auto-evaluación del grupo y evaluación de la actuación de los facilitadores, identificando las facilidades y dificultades de la aplicación del método de la problematización.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Objetivo: Contextualizar las metodologías de prevención en el campo de las EST/SIDA.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Tiempo	Actividades del participante	Actividades del facilitador
30'	1. Donde estamos?	Utilice una dinámica de calentamiento del grupo posibilitando una retrospectiva del trabajo del día anterior y preparando para la actividad del día. Considere la evaluación del día anterior para proponer ajustes en el proceso del taller.
1h	2. Prepare una dramatización de no máximo 10', cuyo enredo involucre acciones de prevención considerando la evolución histórica de la epidemia.	Divida el grupo en tres subgrupos considerando preferentemente el tiempo de experiencia con EST/sida de los participantes. Oriente la actividad enfocando situaciones relacionadas a EST/VIH/sida a partir de la evolución histórica. Proporcione el material necesario para la realización de la actividad.
15'	CAFÉ	
1h45	3. Presente, en plenaria, dramatización	Coordine la plenaria destacando: sentimientos vivenciados durante la dramatización, las diferencias y semejanzas relacionadas al papel desempeñado por el agente-multiplicador y el sujeto-población blanco en las dramatizaciones, de acuerdo con la evolución de la epidemia.

ALMUERZO		
30'	4. Participe de actividad calentamiento	Conduzca un juego dinámico para calentamiento del grupo para el tema de la teorización.
2h30'	5. Participe de actividad de teorización (conferencia o lectura de texto) "Metodologías de Prevención".	Invite a un profesional que tenga conocimiento del tema en cuestión u oriente la lectura y discusión del TEXTO 3 – Componente 1 – Protección, promoción y prevención. Retome, a través del debate, las conclusiones de la actividad 3 de la Unidad 2, comparando con el contenido de la conferencia o texto. En el caso de la realización de la Conferencia, recomiende la lectura Del texto.
15'	CAFÉ	
15'	6. Evaluación de las actividades del día.	Utilice una dinámica para auto-evaluación del grupo y evaluación de la actuación de los facilitadores, identificando las facilidades y dificultades de la aplicación del método de la problematización.

UNIDAD DIDÁCTICA 3

Objetivo: Discutir las teorías que contienen las diferentes metodologías de prevención.

UNIDAD DIDÁCTICA 3

Tiempo	Actividades del participante	Actividades del facilitador
30'	1. Donde estamos?	Utilice una dinámica de calentamiento del grupo posibilitando una retrospectiva del trabajo del día anterior y preparando para la actividad del día. Considere la evaluación del día anterior para proponer ajustes en el proceso del taller.
1h30	2. Retome la actividad 1 de la Unidad 1 e identifique como el contenido fue organizado considerando: <ul style="list-style-type: none">. Como llevó en cuenta los sujetos del proceso de prevención?. Cuáles son los criterios que utilizó para recortar el conocimiento?. Cual es la finalidad de las técnicas propuestas?	Mantenga los subgrupos orientando la actividad y la sistematización escrita de las conclusiones para presentación en plenaria.

 15' CAFÉ

- | | | |
|----|---|---|
| 2h | 3. Presente en plenaria las conclusiones de la actividad anterior | Coordine la plenaria destacando: <ul style="list-style-type: none"> a) la necesidad de hacer un recorte del conocimiento relacionado a los sujetos, tiempo disponible, adecuación del método al objeto y recursos financieros. b) la coherencia entre la propuesta elaborada y los elementos del proceso de prevención. |
|----|---|---|

 ALMUERZO

- | | | |
|----|--|--|
| 2h | 4. Lea y discuta los textos: <ul style="list-style-type: none"> 4- Educando sobre Sida, una perspectiva global. Agleton, P. 5- La diseminación del virus Las Mujeres Brasileñas. Vilella, W. sistematice la discusión comparándola con la actividad 2. | Oriente que cada subgrupo destaque la relación de la organización del contenido con la metodología adoptada.
Recuerde que la organización del contenido es la intermediación entre el objeto y el sujeto, y que ella es medida por instrumentos y técnicas. |
|----|--|--|

- | | | |
|------|---|--|
| 1h30 | 5. Participe de una plenaria, presentando la discusión del texto comparado con la actividad 2 de esta unidad. | Destacar que las diferentes formas de organización de los contenidos están vinculadas a las diversas metodologías, y las diferentes consecuencias para los participantes. Estimule proposiciones para la superación del modelo tradicional buscando construir un estado continuo de educación y prevención a partir de observaciones, curiosidades, diálogo, entre otras, partiendo de lo simple para lo complejo. |
|------|---|--|
-

15' 6. Evaluación de las actividades del día.

Utilice una dinámica para auto-evaluación del grupo y evaluación de actuación de los facilitadores, identificando las facilidades y dificultades de la aplicación del método de la problematización.

UNIDAD DIDÁCTICA 4

Objetivo: reflejar sobre el concepto de evaluación y conocer diferentes formas de aplicación.

UNIDAD DIDÁCTICA 4

Tiempo	Actividades del participante	Actividades del facilitador
15'	1. Donde estamos?	Utilice una dinámica de calentamiento del grupo posibilitando una retrospectiva del trabajo del día anterior y preparando para la actividad del día. Considere la evaluación del día anterior para proponer ajustes en el proceso del taller.
45'	2. Retome el programa de prevención e identifique: - Como fue construida la evaluación? La evaluación está coherente con los objetivos? Conceptúe evaluación.	Estimule los subgrupos para revisar el material elaborado en la actividad 1 de la Unidad 1 y oriente la sistematización de las conclusiones.
15'	CAFÉ	
1h	3. Presente en plenaria las conclusiones de la actividad anterior.	Coordine la plenaria, discutiendo el concepto del grupo sobre evaluación y cuales son los criterios utilizados para realizarla.
2h30	4. Lea y discuta el texto 6- Que es evaluación, comparando la discusión con la actividad anterior.	Oriente la actividad enfocando el objetivo de la evaluación
ALMUERZO		

Período vespertino del 4.º día.

UNIDAD DIDÁCTICA 5

Objetivo: Aplicar los conceptos discutidos en relación a los programas de prevención.

UNIDAD DIDÁCTICA 5

Actividades del participante	Actividades del facilitador
<p>1. Lea y discuta el Texto 7 – Entrenamiento Mental, y revise el programa de este taller, identificando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las operaciones mentales de cada actividad de las unidades 1 a 5; - Conceptos claves de cada unidad didáctica. <p>concepto de aprendizaje subyacente la propuesta.</p>	<p>Mantenga los subgrupos, oriente la lectura del texto y de la actividad, llamando la atención para los elementos del proceso enseñanza-aprendizaje.</p>
CAFÉ	
<p>2. Discuta en plenaria los elementos del aprendizaje y el modelo pedagógico propuesto en este taller, contextualizado a los programas de prevención en EST/VIH/sida. Retome el trabajo desarrollado durante la semana.</p>	<p>Coordine la plenaria retomando todo el trabajo desarrollado durante la semana, destacando los elementos del aprendizaje, los modelos Pedagógicos utilizados en este taller y su relación con programas de prevención.</p>

 INICIO DEL 5º DIA

- | | |
|---|---|
| 3. Retome el tema trabajado en la actividad 1 de la unidad didáctica 1 y elabore una nueva propuesta, llevando en cuenta todas las discusiones hechas hasta entonces. | Oriente la actividad de modo que los subgrupos retomen los mismo temas y elaboren nuevamente la propuesta. Destacar las facilidades y dificultades para la realización de esta tarea. |
|---|---|

 CAFÉ

- | | |
|--|--|
| 4. Presente en plenaria la propuesta hecha nuevamente. | Coordine la plenaria, planteando las dificultades y facilidades para la ejecución de la actividad, bien como las modificaciones que fueron realizadas en los diferentes programas. |
|--|--|

- | | |
|--|--|
| 5. Esquematice una agenda mínima llevando en cuenta el desarrollo de las actividades futuras en su trabajo de tal forma que haya un movimiento continuo de perfeccionamiento de las actividades de prevención y control de las EST/SIDA. | Divida a los participantes según realidades semejantes (ej.: por municipio/estado) y oriente la actividad destacando la importancia del proceso de educación y Prevención. |
|--|--|

 CAFÉ

- | | |
|--|---|
| 6. Realice la evaluación del proceso vivenciado en el taller a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Leer nuevamente del propósito objetivos. - Participación en una dinámica. | Lea nuevamente con el grupo el propósito y objetivos del taller, verificando si los mismos fueron alcanzados. |
|--|---|



Utilice una dinámica donde los participantes evalúen el contenido discutido, principalmente el concepto de diferentes programas vivenciado en la semana de trabajo.

TEXTOS DE APOYO

UNIDAD I

- 1 – DAVINI, M. C. Del proceso de aprender al de enseñar. In: BRASIL. *Capacitación pedagógica*. Brasília, DF: MS; MEC; MPAS; OPS, 1989.
- 2 – PREVENTION: *agentes de intervención y red de apoyo*. Manual del multiplicador. [Brasilia]: Ministerio de Salud; Secretaría de Políticas de Salud; Coordinación Nacional EST/Sida. 1996.

UNIDAD II

- 3 – PROMOCIÓN, protección, prevención: In: *Política Nacional EST/Sida, principios, directrices y estrategias*. Brasília, DF: Ministerio de Salud; Secretaría de Políticas de Salud; Coordinación Nacional EST/Sida. 1999.

UNIDAD III

- 4 – AGGLETON, P. Educación sobre Sida: una perspectiva global. In: *Sida y la escuela*. [S. l.]: Cortex; Unicef, 2000.
- 5 – LA DISEMINACIÓN del VIH entre mujeres brasileñas. In: VILLELA, Wilza. *Taller de sexo más seguro para mujeres: abordajes metodológicos y de evaluación*. [S. l.: s. n.], [s. d.]. p. 12-20.

UNIDAD IV

- 6 – QUE ES EVALUACIÓN. In: *Fundamentos de evaluación*. Asociación Brasileña Interdisciplinaria de Sida. Rio de Janeiro: [ABIA], 2001.

UNIDAD V

- 7 - ENTRETENIMIENTO mental. In: *El trabajo pedagógico del instructor/supervisor*. Reflexión crítica. [Brasilia]: Ministerio de Salud; Secretaría Nacional de Programas Espaciales de Salud; División Nacional EST/Sida, 1988.

LECTURA COMPLEMENTARIA

- VILLELA, Wilza. Taller de sexo más seguro. In: ———. *Taller de sexo más seguro para mujeres: abordajes metodológicos y de evaluación: abordajes metodológicos y de evaluación*. [S. l.: s. n.], [s. d.]. p. 35-53.

1 – Del Proceso de Aprender al de Enseñar

Maria Cristina Davini

El presente texto es un instrumento de trabajo. Por lo tanto, sugerimos al lector las siguientes actividades:

1 - Lea globalmente el texto.

2 - Lea nuevamente el numeral 1 y discuta con su grupo: cuales son las formas de conocer (esquemas de asimilación predominantes y patrones culturales) del grupo de educandos con el cual usted trabaja. Comente casos, cite ejemplos y procure, en conjunto, sintetizar algunas conclusiones. Anote las conclusiones y dudas del grupo.

3 - Lea nuevamente el numeral 2 y reflexione con su grupo sobre las diferencias entre la enseñanza por técnicas y la enseñanza a través de la estructura del conocimiento. Anote las conclusiones y dudas del grupo.

4 - Lea nuevamente el numeral 3 y discuta con su grupo sobre el papel del supervisor en el proceso de aprendizaje del educando. Anote las conclusiones y dudas del grupo.

El presente texto pretende explicitar algunas líneas teóricas que orientan el modelo pedagógico que busca una nueva forma de organizar el trabajo pedagógico en las instituciones de salud además de abordar aspectos teóricos, el texto procura también orientar el proceso de reflexión-creación, implícitos en cualquier acción pedagógica.

La mayoría de las experiencias realizadas, tal vez influenciadas por un estilo de enseñanza propio de la tradición escolar, se ha preocupado en como enseñar, esto es, como mostrar mejor para inculcar mejor. Esto puede ser observado no sólo apenas en las formas clásicas de entrenamiento, sino también en algunas formas aparentemente modernas que adoptan un abanico de medios técnicos audiovisuales. En realidad, todas ellas se organizan sobre la misma base de "mostrar-informar-inculcar", pretendiendo que el aprendiz logre reproducir más o menos fielmente lo que le es enseñado.

Otras experiencias, buscando quebrar la tradición anterior, adoptaron la metodología dialogal. El educando ya no es más visto como un objeto, sino considerado con la riqueza de sus experiencias. Sin embargo, la falta de una reflexión teórica sólida sobre este proceso y su correspondiente sistematización hacen con que las experiencias se enfrenten con dos peligros: o no se avanza más allá del diálogo subestimando los aportes científicos y con eso afectando seriamente la eficiencia del personal; o se quiebra el diálogo en algún momento del proceso partiendo para una segunda etapa de información/inculcación del mejor tipo tradicional.

En verdad, la cuestión central es habitualmente olvidada: más que preocuparse en como enseñar (por inculcación o por diálogo) es fundamental comenzar por preguntarse como se aprende. O sea, cuales son los procesos internos y a que caminos recurre una persona de nivel medio de los servicios de salud. Felizmente, algunas experiencias ya se orientan en función de esa cuestión.

Como punto de partida, diremos que una situación de aprendizaje es una relación dinámica entre dos elementos: un sujeto que aprende y un objeto que es aprendido.

Ninguno de estos dos polos de la relación son "cajas vacías". Por un lado, el sujeto es un ser activo, portador de concepciones, costumbres y hábitos, y de determinadas formas de pensar y actuar sobre la realidad. Por otro lado, el objeto o asunto a ser aprendido tiene una estructura que le es propia: hasta la más simple técnica de medir la temperatura corporal tiene como soporte y justificativa una serie de conocimientos científicos que le confiere su verdadero sentido.

Tendremos, entonces, delante de nosotros, dos cuestiones centrales:

- Cuales son las formas de conocer y de pensar del personal a ser capacitado?
- Cual es la estructura del conocimiento que deberá ser asimilada?

Ambas cuestiones son complejas y no existen fórmulas listas para tales interrogantes. No obstante, existen algunos aportes, teóricos, suficientemente comprobados, que pueden servir de base sólida para la búsqueda de respuesta adecuadas. Buscarlas es una tarea indiscutible si quiere conducir un proceso que lleve hasta un aprendizaje verdadero. Por lo tanto, queda evidente que sólo indagando es como se produce esta dinámica de aprendizaje es que caminaremos más seguros hasta la pregunta sobre como enseñar, Esto representa una real invasión del orden de los cuestionamientos.

Procederemos explicando en detalle las dos cuestiones más complejas anteriormente colocadas (análisis), para, seguir, responderlas como un todo (síntesis).

1 – El sujeto del Aprendizaje

Comenzaremos por la primera cuestión referente a las formas de pensar y conocer del sujeto del aprendizaje, como por ejemplo, en nuestro caso, el personal auxiliar del servicio de salud. Cuando hablamos de formas de pensar y conocer, debemos llevar en cuenta dos variables principales:

- Esquema de asimilación
- Patrones culturales

Para reflexionar sobre la primera utilizaremos conceptos centrales de la Psicología Genética de Jean Piaget; en cuanto a la segunda, consideraremos los aportes de diversos autores de la sociología y antropología social.

Por esquemas de asimilación definimos las formas de acción que un sujeto desarrolla para conocer alguna cosa. Estas formas de acción pueden ser externas y visibles (acciones materiales) como manipular una herramienta de trabajo o pueden ser internas y no visibles como la acción de conceptuar (operaciones mentales).

Estos esquemas de asimilación varían de sujeto a sujeto, mas existe una pauta de evolución común de acuerdo con el proceso de manutención. En este proceso, que comienza a partir del nacimiento y culmina en la edad adulta, se produce una verdadera transformación progresiva que va desde los esquemas de asimilación más simples a los más complejos, desde los más concretos a los más abstractos. Presentamos sintéticamente esta evolución de la siguiente manera:

1 - El sujeto conoce a través de la manipulación concreta de objetos materiales: toca, pega, palpa, sacude, golpea, etc. Estos son los esquemas senso-motores a través de los cuales son formadas las primeras nociones prácticas de peso, volumen, consistencia, etc. Son propios de los primeros años de vida, aunque, se mantiene en los años subsiguientes, aún en la edad adulta, integrados en esquemas más complejos. De hecho, el adulto conoce las características de muchos objetos por medio de los esquemas senso-motores.

2 - El sujeto se vuelve gradualmente independiente de la manipulación, cuando la situación lo requiere, y puede conocer observando objetos materiales. No obstante, no logra 'pensar más allá de lo que ve'. Son esquemas perceptivos, propios de la fase de 2 a 7 años y mantenidos en las fases subsiguientes. El adulto también recurre para

esquemas perceptivos en los casos en que el asunto es enteramente desconocido, dando explicaciones mecánicas sobre él mismo, aferrándose solamente a las características visibles del fenómeno.

3 - El sujeto puede pensar más allá de lo que ve; ahora, ya busca explicaciones diferentes y hasta divergentes a respecto de las características visibles del objeto. Sin embargo, no puede 'pensar sin ver' o sea, no puede reflexionar en lo abstracto, sólo puede hacerlo a partir de datos concretos materiales de su experiencia directa. Estos son los esquemas lógicos-concretos, propios de la fase que va de los 7 a los 12 años y mantenidos en la etapa siguiente, para ser usados cuando sea necesario. De hecho, cuando el adulto no domina conceptualmente un asunto, o cuando este se presente de manera confusa, necesita el apoyo de 'ver' las manifestaciones concretas para comprender la cuestión.

4 - El sujeto puede tornarse independiente de los materiales o concretos y reflexionar sobre las ideas o símbolos, abstraer, generalizar y establecer relaciones cada vez más amplias y complejas. Estos son los esquemas lógicos-abstractos, propios de la adolescencia y de la vida adulta. Para llegar a este estado es indispensable que el sujeto haya tenido experiencias y oportunidades sociales que lo estimule. Es también indispensable que haya ejercitado suficientemente los esquemas de asimilación más simples que sirven de puente para los más complejos. Para reflexionar sobre abstracciones y alcanzar los argumentos conceptuales se requiere como primer paso que haya agrupado objetos materiales y relacionado datos concretos. Sin duda, el adulto que dispone de esquemas lógico-abstractos, tuvo que recurrir a las etapas correspondientes a los esquemas más simples, que les sirven de base, esquemas estos que conserva aunque subordinados a los más complejos, para aplicarlos en situaciones en que las abstracciones no les sirven para resolver un determinado problema.

Es en ese sentido que decimos que los esquemas de asimilación son productos de una construcción progresiva a través de la propia práctica activa del sujeto a lo largo de su vida, pero esta construcción progresiva no se realiza obligatoriamente: es necesario que existan estímulos ambientales para que el sujeto sienta la necesidad de buscar nuevas respuestas y entonces desarrollar nuevos esquemas cognitivos.

Es aquí que se hace necesario destacar el peso de los factores socio-culturales, no sólo a respecto de la clase social a que el sujeto pertenece más especialmente en cuanto a los patrones culturales (visión del mundo, mitos, tradiciones, estructura familiar, etc.). Estos tienen fundamental importancia, ya que conforman en el sujeto los esquemas de percepción y de pensamiento sobre la realidad, esquemas que son incorporados a él desde la infancia. Así como los esquemas de asimilación anteriormente

referidos llevan la evolución intelectual, individual, los esquemas de percepción y de pensamiento, ahora considerados, son socialmente construidos a través de la historia de un determinado grupo social. En el área de salud es importante reflexionar sobre como este grupo social concibe en su propio cuerpo la relación entre salud, enfermedad, medio ambiente, modos de vivir y trabajar de una población. Del mismo modo, como piensan la relación médico-paciente-institución y su papel en esta dinámica.

Del punto de vista pedagógico se torna indispensable analizar las formas de pensar y conocer de los educandos para desarrollar una estrategia de enseñanza que parta de las condiciones reales de los mismos, estimulándolos a aplicar sus esquemas de asimilación y a reflexionar sobre sus propias percepciones de los procesos, de modo que avancen en sus conocimientos y en sus formas propias de pensar y conocer la realidad.

2 – El objeto del Aprendizaje

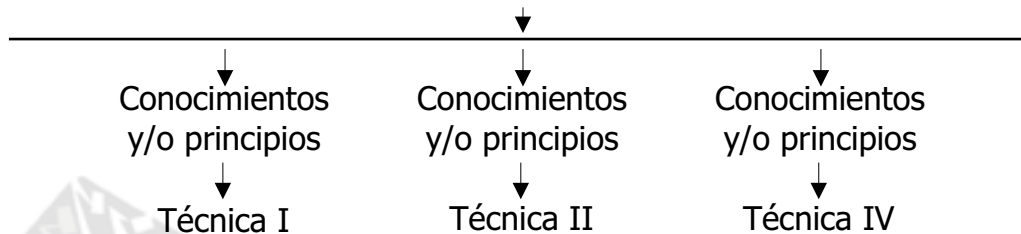
Abordaremos ahora la segunda cuestión central: la estructura del objeto o asunto a ser asimilado. Como ya fue colocado, hasta las técnicas aparentemente más simples y de rutina tienen sus por qué en la estructura del conocimiento científico que les da soporte, justificándolas, indicando sus 'razones de ser'. Resta, entonces, la decisión: o se hace rutina el entrenamiento por la inclusión mecánica de los pasos de una técnica, o se orienta su proceso de aprendizaje de modo que él mismo llegue a apropiarse de los conocimientos o de los por qué de lo que se hace. La decisión no sólo corresponde a 'ética personal' sino también tiene que llevar en cuenta indicadores prácticos. La gran mayoría de los entrenamientos, basados en la reproducción mecánica de acciones, ha dado resultados poco satisfactorios. Y, lo que es peor, estos entrenamientos en 'saber hacer' suponen situaciones ambientales estables, cosa que en la realidad cotidiana no sucede. Por lo tanto, basta que algún factor varíe para que el sujeto no sepa proceder, y ni siquiera tome conciencia de que tiene que variar de procedimientos y cuales serían las acciones adecuadas. Dicho en otros términos, el entrenamiento por la mecanización de acciones no ofrece al sujeto ninguna autonomía de acción delante de los diversos problemas que se colocan.

Por eso, es importante buscar que el sujeto se apropie de los conocimientos que sustentan las técnicas. Entonces, es necesario comenzar por reflexionar sobre la estructura del conocimiento que regula el 'hacer' cotidiano del personal en el servicio de salud. Pero, estos conocimientos no se presentan de modo desorganizado como una gran lista de asuntos sin ninguna o con muy poca relación entre si. Por el contrario, ellos tendrán una vinculación muy estrecha, organizándose jerárquicamente como una red o

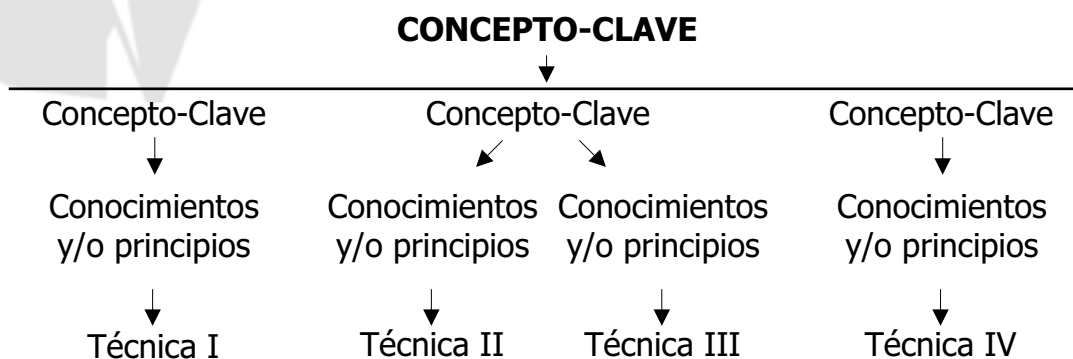
'árbol' de conocimientos, desde los de mayor alcance hasta los más específicos. En verdad, toda esta cadena de conocimientos puede ser reducida a unos pocos conceptos-clave a partir de los cuales se abrirá toda esta red. Por ejemplo, el concepto de contaminación puede estar informando y dando soporte a varias técnicas específicas de rutina como las de desinfección y esterilización de materiales y curativos. Al mismo tiempo, este mismo concepto puede dar fundamento a medidas de saneamiento básico y del medio ambiente. Estamos, entonces, delante de lo que llamamos concepto-clave: concepto de un relativo alcance de generalidades que, subyacente al ejercicio práctico de determinadas técnicas estructurales, sistematiza y organiza la red de conocimientos específicos correspondientes a tales técnicas.

Pero, a su vez, el concepto de contaminación y otros más, como inmunización, resistencia, etc. Pueden estar subordinados a un concepto-clave de mayor alcance, como 'transmisibilidad de las enfermedades', completándose la red de conceptos que estructura toda un área de desempeño técnico-profesional.

CONCEPTO-CLAVE



No se trata de reconstruir toda la red o matriz, de conocimiento de toda la ciencia, pero si, solamente aquella matriz necesaria al desempeño técnico específico. Trabajar de esta manera tiene la ventaja de organizar los conocimientos a ser asimilados. Y es más, tiene el gran valor de sistematizar la acción pedagógica de modo que el educando llegue a integrar sus conocimientos y a comprender sus fundamentos últimos, evitando que quede reducido a la rutina de técnicas o a la acumulación de informaciones sueltas. Apropiarse de estos fundamentos ofrecerá autonomía de acción en cada nueva circunstancia.



3 – La Dinámica del Aprendizaje y el Papel del Instructor/Supervisor

En los puntos anteriores intentamos colocar para reflexión dos cuestiones importantes:

- Cuales son las diferentes formas de conocer del personal de los servicios (esquemas de asimilación predominantes y patrones culturales de percepción de la realidad)?
 - Cual es la estructura del conocimiento a ser asimilado para su desempeño técnico?
- Resta ahora terminar con dos asuntos de fundamental interés:
- Como se aprende, o sea, como se traduce esta relación dinámica entre este sujeto concreto y este objeto a ser asimilado?
 - Cual es el papel del instructor/supervisor en este proceso?

Lo que fue colocado hasta aquí ya nos encamina hacia la respuesta de la primera pregunta. Así, podemos decir que el sujeto aprende a partir de sucesivas aproximaciones a la estructura del objeto y que estas aproximaciones son alcanzadas por la explicación activa de los esquemas de asimilación de que dispone y a partir de su percepción social inicial. Mejor dicho: el aprendizaje no se procesa en un determinado momento, como en un abrir y cerrar de ojos. Por el contrario, requiere un tiempo en el cual el sujeto 'investigue activamente', aplicando sus formas de conocer y aproximándose cada vez más de la matriz interna del asunto, en un proceso de idas y venidas de reflexión y acción.

Se puede llamar de proceso de tanteo, aunque no de un tanteo sistemático o 'a ciegas' como en la pedagogía mecanicista, pero sí de tanteos sistemáticos, guiados por la acción inteligente, ya sea práctica o abstracta. Este proceso, de acción asimiladora y aproximación sucesiva, siempre se inicia a partir de la primera visión que el sujeto tiene del asunto, visión altamente cargada de costumbres y tradiciones. Pero, no siempre tales costumbres y tradiciones serán eliminadas durante el proceso. Muchas se transformarán, enriquecidas por el nuevo contenido a ser asimilado; otras permanecerán, en la medida en que no entren en contradicción con lo que fue aprendido. La visión basada en costumbres y tradiciones se transformará en la medida en que el educando sienta necesidad, a partir de su propia reflexión y búsqueda activa durante el proceso. Y, es así que, a cada momento de aproximación a lo fundamental del asunto, el sujeto construirá activamente nuevas regulaciones, mejor dicho, nuevos comportamientos cada vez más ajustados al objeto en cuestión. Construyendo gradualmente su propia síntesis, modificará su propia acción práctica, abandonando los comportamientos anteriores. Así, no avanzará asiladamente en el conocimiento pero habrá tenido la oportunidad de avanzar en sus propios esquemas de asimilación por el ejercicio de acción intelectual.

A respecto del papel del instructor/supervisor en este proceso, podemos afirmar que su función es organizar sistemáticamente una serie gradual y encadenada de situaciones para que este proceso se produzca. Esta partirá de la propia percepción que el educando tenga del asunto y de su propia práctica. A través de la observación y de la reflexión, el instructor/supervisor presentará problemas y actividades-estímulo previamente planificados para desencadenar la búsqueda sistemática de respuestas que, a medida que sean alcanzadas, deberán ser siempre sometidas al test de la práctica en una secuencia no interrumpida de reflexión y acción de práctica-teoría-práctica. De este modo es que decimos que la tarea de quien enseña (o sea, quien orienta el aprendizaje) es una tarea casi artesanal de creación y recreación de alternativas pedagógicas que encaminen este proceso, ajustándolas cada vez más a su realidad específica y corrigiendo desvíos. Y el propio instructor/supervisor se verá también envuelto en un proceso de aprendizaje permanente.

2 – Prevención: Agentes de Intervención y Red de Apoyo*

* Manual del Multiplicador – Prevención a las EST/sida – Programa Nacional EST/sida – Ministerio de Salud, 1996. Brasilia – DF, Brasil.

En actividades complejas como las de intervención, los papeles y responsabilidades de sus agentes deben quedar claros. Fruto de una estrategia política y operacional, el trabajo se volverá efectivo y continuado si se cuenta con una base de apoyo en la institución a la cual pertenecen.

Los objetivos de este capítulo son:

- . discutir las funciones, características y responsabilidades de los agentes de intervención en el desarrollo del trabajo;
- . apuntar los papeles y responsabilidades de la institución/organización en el desarrollo de los trabajos de prevención de la transmisión de las EST, en particular el VIH.

El Multiplicador

Quien es?

El multiplicador para actuación en la prevención de las EST. Sida y uso indebido de drogas es, por definición, un profesional de la salud, educación u otra área que cataliza acciones de formación de monitores para el desarrollo de actividades de prevención en sus áreas de actuación. Pero más que un agente promotor es, en verdad, un agente social de cambio.

Esta función social deriva especialmente de la naturaleza de sus atribuciones, de las características de la clientela y de los tipos de problemas a ser abordados.

El está implicado en acciones de tipo social mucho más amplias que el campo específico de la prevención. En verdad, a través de su tarea específica está promoviendo o contribuyendo con la movilización más amplia de la sociedad en la reflexión y en la búsqueda de soluciones para cuestiones inherentes a su estructura social y política. Al mismo tiempo, con su trabajo, está beneficiando directamente grupos considerables de ciudadanos, víctimas de procesos de exclusión y por los cuales hasta hace algún, poco se hacía en el área profesional y tampoco a nivel político.

Como la problemática de las drogas, de las EST y del Sida está presente en todos los estratos sociales, el multiplicador se transforma eslabón entre los diferentes segmentos de la comunidad. Es, pues, muy importante que usted, que se está transformando en un multiplicador, visualice y comprenda la naturaleza social de su función, la complejidad de su posición y amplitud de sus acciones. Por otro lado, usted se sentirá enriquecido con esta experiencia, no sólo por las oportunidades profesionales, sino también por las vivencias personales que ella le proporcionará.

Que se espera del multiplicador?

Se espera que, estando instrumentado a través de entrenamientos, cursos, lecturas y supervisiones, incluya en sus acciones de rutinas un abordaje cada vez más calificado de las diferentes clientelas; por consiguiente, que existan proyectos cada vez más específicos, dirigidos a los diferentes públicos-blancos. Se espera que aumenten las actividades que viene desarrollando, una mayor sensibilización, capacitación, compromiso y también tranquilidad, con relación a las cuestiones de las EST, Sida y uso indebido de drogas.

Cuáles son las características del multiplicador?

El multiplicador ejerce un papel central en este proceso de difusión de formas y métodos de prevención de las EST/sida y uso indebido de drogas. Por eso es importante que sean apuntadas algunas características personales/profesionales que garanticen, tanto como sea posible, el desarrollo de las actividades planificadas.

En el cuadro 1 usted encuentra la descripción de lagunas habilidades y características deseables para la práctica de su trabajo.

No se preocupe si usted, como entrenador, no se identifica totalmente con las habilidades y características listadas en el cuadro. Acuérdesse, este es un camino teórico que sirve para llamar la atención de la complejidad del trabajo y de una cierta preparación que debe tener el multiplicador para ejercerlo.

Cuáles son las funciones del multiplicador?

Su función primordial como multiplicador está ligada, principalmente, a la intermediación entre la organización que lo apoya y la facilitación de la ejecución de las actividades de los agentes que realizarán las acciones de prevención, con los cuales usted trabaja. Para desempeñar su función, deberá emprender acciones como las descritas abajo:

- Entrenamiento: conducir experiencias de aprendizaje que posibiliten la capacitación de personas para el desarrollo del trabajo;
- Supervisión: dar seguimiento al desarrollo del trabajo, apoyando a las personas que lo ejecutan, a través de la identificación y aporte de recursos para la mejoría de las condiciones de su continuidad;
- Abastecimiento: suplir de insumos materiales necesarios a la efectiva ejecución del trabajo;
- Evaluación: procurar y aplicar indicadores de acción que posibiliten ajustar las propuestas del trabajo y valorar el grado de alcance de sus objetivos;
- Informe: describir las condiciones en que se desarrolla un trabajo, su manejo, comentarios y sugerencias.

La Institución: Papel y Responsabilidades

El papel del multiplicador en proyectos de intervención debe ser considerado como parte de los esfuerzos y de la decisión política de una organización que definió esta estrategia para el control de la diseminación del VIH y de otros agentes causantes de EST. Esta estrategia sólo tendrá éxito si la acción del multiplicador es apoyada por la propia institución, que deberá proveer:

Apoyo Logístico:

Suministro de insumos materiales básicos, de acuerdo con la naturaleza de la acción. Esos insumos pueden ser, por ejemplo, manuales de orientación, folders, pizarras para escribir, reprografía, preservativos, camisetas o carnés de identificación.

Para la planificación, supervisión y elaboración de informes son necesarios algunos recursos de secretaria. Pueden ser necesarios también, un vehículo, auxilio para transporte y alimentación y otros tipos de incentivo.

Apoyo Técnico:

Son necesarias supervisiones técnicas en carácter permanente. Este apoyo técnico podrá ser asegurado con la colaboración oficial de cuadros profesionales de otras instituciones.

Es importante considerar la posibilidad de creación de estímulos a los profesionales involucrados en el proyecto, tales como la participación en cursos, seminarios, y otros encuentros, en los cuales haya discusión de temas relativos al objeto del trabajo.

Apoyo Interinstitucional:

El multiplicador deberá contar con soporte jurídico y de informaciones sobre todos los recursos e instituciones disponibles para encaminamientos que sean necesarios.

En muchas ocasiones hay necesidad de amparo institucional, ágil y que posibilite respaldo de seguridad en cuestiones relativas a la policía, a complicaciones de orden legal y a otras situaciones provenientes del trato con la población-blanco.

Apoyo Político:

Esta estrategia sólo tendrá éxito si es discutida ampliamente apoyada en un equipo técnico y en las jefaturas a quien se refiere. Por lo tanto, estarán implícitos acuerdos, respaldo y soportes puntuales y permanentes.

Es importante que estos acuerdos estén claramente definidos y también explicitados antes que el trabajo vaya al campo. Des esta forma, se procura garantizar la estabilidad política del trabajo y a quien lo está ejecutando.



Cuadro 1: Habilidades y características deseables del multiplicador para el desarrollo del trabajo.

Ser institucionalizado	Estar vinculado a una organización, gubernamental o no, responsable por el proyecto en el cual el multiplicador está/estará enmarcado.
Ser solidario son confiadas o percibidas y encaminarlas	Ser comprensivo para con las situaciones que le lo más eficazmente posible dentro de sus recursos.
Ser ético	Lidiar con las cuestiones del otro de manera discreta, confidencial y solidaria.
Ser capaz de reconocer los propios Preconceptos	Saber identificar en si mismo valores que coincidan o no con los de los interlocutores.
Ser imparcial	No emitir juicios de valor que puedan crear resistencias al desarrollo del trabajo.
Ser observador	Estar atento al ambiente donde ocurre la acción, sus cambios y a los factores que contribuyeron para eso. Tener en cuenta para la transformación del comportamiento de la población-blanco.
Tener habilidad en el trato personal	Ser capaz de establecer vínculos, respetar los valores de los interlocutores y administrar conflictos
Tener compromiso con el trabajo	Tener responsabilidad con los compromisos asumidos y con sus despliegues frente a la institución y población-blanco.
Tener disponibilidad/disposición para el trabajo	Cumplir los horarios acordados y tener disponibilidad afectivo-emocional para ejecución del trabajo.

Ser prudente

Evitar riesgos que pueden comprometer a si mismos, a la clientela y al trabajo como un todo.

Saber oír

Permitir que el otro se exprese, estando atento a los sentimientos y a las confidencias. Saber usar preguntas y el silencio en los momentos adecuados.

Saber manejar el grupo

Reconocer las diferencias individuales de las personas en la conducción del trabajo y, haya conflictos, administrarlos con objetividad, seguridad e imparcialidad.

Considerar la cultura del grupo Ser capaz de reconocer hábitos y costumbres de la población-blanco, bien como sus conflictos y contradicciones. Identificar y respetar valores.



3 – Promoción, protección y prevención

Introducción

El componente " Promoción de la Salud, Protección de los Derechos fundamentales de las personas con HIV Sida y prevención de la transmisión de las enfermedades sexualmente transmisibles, del HIV Sida y del uso indebido de Drogas comprende las áreas de Prevención, Articulación con ONG, Drogas y Sida, Comunicación Social y Derechos humanos y Salud Mental en HIV/Sida.

Este componente articula sus directrices, estrategias y acciones, teniendo presente la reducción de la infección por el HIV/Sida y por otras EST.

Principales Conceptos y Referencias teóricas

Los principales conceptos del campo de la promoción de la salud son vulnerabilidad y riesgo, reducción de daños, derechos humanos, participación y control social y comunicación social:

Vulnerabilidad y riesgo:

A los grupos poblacionales, meta de los proyectos de intervención, se les considera según su situación de riesgo y vulnerabilidad, en donde el concepto de vulnerabilidad es entendido como a poca (o ninguna) capacidad del individuo, o del grupo social, de decidir sobre su situación de riesgo. En relación a las personas ya infectadas, se refiere a la restricción de acceso a los servicios y recursos terapéuticos. La vulnerabilidad está directamente asociada a los factores culturales, sociales, políticos, económicos y biológicos.

Reducción de Daños:

Se orienta a la reducción de daños causados por el consumo de drogas lícitas e ilícitas, estimulando el cambio de comportamiento y reduciendo las consecuencias perjudiciales, disminuyendo lenta y gradualmente el riesgo hasta conseguir la total desaparición del comportamiento.

Se aplica a aquellos períodos de vida de las personas, cuando no pudiendo (o no queriendo) abstenerse, adoptan comportamientos de riesgo ligados al uso de sustancias psicoactivas, como por ejemplo, el hecho de compartir jeringas así como también prácticas sexuales desprotegidas.

Participación y control social.

La participación social se orienta a garantizar los derechos de ciudadanía de las personas que viven directa o indirectamente con Sida, fortalecer las instancias democráticas en relación al control social de los recursos de la salud y promover la participación del ciudadano, en el sentido de fortalecer las acciones comunitarias.

Derechos humanos

Busca garantizar la vinculación directa de las políticas públicas de EST y Sida, con respeto a los derechos humanos, asesorando y fomentando las instancias gubernamentales y no gubernamentales locales en lo que se refiere a las iniciativas para garantía de los derechos, combatiendo las conductas sociopolíticas recurrentes de prejuicios y discriminación contra las personas portadoras de HIV/Sida.

Comunicación Social

Una política de comunicación social en EST/HIV/Sida y drogas debe promover la capacidad del individuo de identificar y de satisfacer sus necesidades biosociales básicas, adoptar cambios de comportamiento, prácticas y actitudes más seguras así como también disponer de los medios necesarios para la puesta en marcha de esos cambios.

Las acciones de promoción y prevención de EST/HIV tienen como referencial teórico la noción del proceso salud y enfermedad como resultado de determinantes sociales, culturales, económicos, comportamentales, epidemiológicos, demográficos y biológicos. La puesta en marcha de esos conceptos presupone entender que:

- La epidemia no alcanza de manera uniforme a toda la población, y su distribución es diferente en los diversos grupos y regiones del país, presentando inclusive, diferencias significativas en una misma región, tanto en los aspectos sociales como en las vías de transmisión ;
- Los grupos deben considerarse según los criterios de vulnerabilidad y riesgo;
- La participación y la movilización de los grupos sociales son de fundamental importancia para los cambios de práctica, actitudes y comportamientos;

- Las acciones deben dirigirse a los individuos, a los grupos específicos y a la población en general, considerándose los aspectos relacionados a la situación de riesgo y vulnerabilidad.

De esta forma, este componente específico enfatiza la calidad de vida como condición mínima necesaria para que el individuo pueda ser sujeto de su ciudadanía. Teniendo en cuenta esa prioridad, la promoción de la salud rescata el pragmatismo de las dimensiones sociales, político – institucionales y comportamentales, ofreciendo elementos para la evaluación objetiva de las diferentes situaciones de los individuos en fase de la epidemia de Sida.

Promover la salud es parte integrante y sustantiva de todo el proceso de desarrollo económico y social con equidad y eso representa un desafío para todos aquellos que hoy se encuentran al frente de la lucha contra el Sida. Por lo tanto, la promoción de la salud constituye la base para alcanzar mejorías en la calidad de vida, de la ciudadanía plena, de la participación y del control social sobre las acciones del Estado

En ese aspecto, algunas condiciones son esenciales para la garantía de la promoción de la salud:

- la promoción de actitudes de solidaridad, sin prejuicios y sin discriminación en relación a las personas portadoras de HIV/Sida;
- la garantía de los derechos individuales y sociales de las personas portadoras de HIV/Sida;
- el acceso a la red de salud y a los insumos y servicios de prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles/Sida y al uso indebido de drogas;
- la descentralización de acciones en el ámbito de la prevención, de la promoción y de la educación en salud.

Las estrategias pertinentes a la promoción de la salud contemplan tres niveles de complejidad:

- preparar la sexualidad plena y responsable, ofreciendo subsidios para la evaluación de situaciones de mayor exposición o de menor chance de protección a la infección;
- protección específica a los agravios y riesgos individuales y sociales, poniendo a disposición el conocimiento y el instrumental específico de prevención a las enfermedades de transmisión sexual y sanguínea; y

- control de los daños y de la no progresión de la lesión ya establecida, buscándose la rehabilitación de las funciones perdidas.

Estas estrategias tienen como referencia los siguientes principios que guían las acciones dirigidas a poblaciones alcanzadas por programas y proyectos.

1 - las acciones deben dirigirse a individuos, a grupos específicos y a la población en general, considerándose los aspectos relacionados con situaciones de riesgo y de vulnerabilidad, de acuerdo con los datos epidemiológicos que estén a disposición;

2 - Las organizaciones de la sociedad civil deben fortalecerse de forma directa y por medio de la promoción de la integración de las mismas con las organizaciones gubernamentales locales;

3 - Debe haber la incorporación de una práctica sistematizada que promueva la discusión y la garantía de los derechos humanos relacionados con la epidemia de Sida;

4 - Debe haber la promoción de la integración de las acciones, contemplándose la transversalidad de temas específicos, como: derechos humanos, género, exclusión social, sexualidad y drogas;

5 - Las acciones e intervenciones propuestas deben basarse en un diagnóstico situacional e institucional previo;

6 - Se deben incorporar o perfeccionar los sistemas de monitoreo destinados a acompañar las acciones, incluyéndose sus desdoblamientos;

7 - El desarrollo de las acciones presupone el acceso a la información y a los medios adecuados para la adopción de prácticas seguras tales como: materiales educativos propios a las poblaciones a las que se destinan, los condones y equipamiento de inyección;

8 - Se debe involucrar a los individuos y grupos como aparceros efectivos y actuantes para un mejor desarrollo de las acciones;

9 - El acompañamiento es un procedimiento fundamental en las prácticas de prevención y asistencia a las enfermedades sexualmente transmisibles/HIV/Sida;

10 - Las acciones en el área de drogas y de Sida trabajan con los conceptos de reducción de demanda y de reducción de daños a la salud por el uso indebido de drogas;

11 - Las acciones de comunicación de masa para poblaciones específicas deben priorizar los vehículos de radio y televisión, entre otros, ya que estos son medios que garantizan el acceso a la información a un público que, debido a la situación socioeconómica, tiene dificultades para obtenerla.

Se concibieron dos grandes modelos para poder llevar a cabo las acciones de promoción y prevención a las enfermedades sexualmente transmisibles/HIV/Sida, y como todo modelo, tiene limitaciones; por lo tanto no están exentos de juicios de valor. Pero

son los que están en boga en el campo de la prevención y vienen siendo utilizados corrientemente por los profesionales que actúan en el área:

- 1) modelos de cambio de comportamiento centrados en el individuo. (anexo I componente 1, p. 73)
- 2) modelos de intervención comportamental centrados en el grupo o en el colectivo (anexo II componente 1 p. 75)

La efectividad de estos modelos se alcanza en el proceso de identificación y definición de la población a la se destinan las acciones. Para ello, al definirse la población que será el blanco de estas acciones, se debe tener en cuenta:

- sus características socio demográficas,
- criterios de riesgo y de vulnerabilidad a la que están sujetas,
- sus redes sociales e institucionales.

En este sentido se adoptaron los siguientes criterios de clasificación, según criterios de riesgo y de vulnerabilidad a las enfermedades sexualmente transmisibles y al uso indebido de drogas.

Población general

La población general merece enfoque amplio, esencialmente preventivo y principalmente dirigido a los contingentes preferenciales, según la progresión y las tendencias presentadas por la epidemia. Podemos decir que se entiende por población general: la de mayor alcance y cobertura, la de menor focalización de las acciones y la de mayor heterogeneidad poblacional. En ese universo las estructuras de interacción y de redes sociales son más abiertas.

Ejemplos

- población en situación de pobreza
- niños y adolescentes
- mujeres

Población específica

Algunos segmentos o grupos poblacionales y/o su red de sociabilidad, se caracterizan por la adopción de prácticas y comportamientos que los colocan bajo una situación de

mayor riesgo de infección de las enfermedades sexualmente transmisibles/HIV/Sida y por el uso indebido de drogas. La población específica está definida como la de menor alcance y cobertura, la de mayor focalización de las acciones y mayor homogeneidad poblacional. En ese universo, las estructuras de interacción y de redes sociales son más cerradas. Ejemplos:

- poblaciones en situaciones de pobreza en asentamientos rurales;
- niños y adolescentes de la calle;
- mujeres profesionales del sexo.

Directrices y Estrategias

El Componente " Promoción de la salud, protección de los derechos fundamentales de las Personas con HIV/Sida y prevención de la transmisión de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles, del HIV/Sida y del uso indebido de Drogas" tiene sus acciones promovidas y/o ejecutadas por las Unidades de Prevención, de Articulación con ONG, de Drogas y Sida, por la Asesoría de Comunicación y por la red de Derechos humanos y salud mental en HIV /Sida.

Esta estructura tiene la función de definir las estrategias y líneas de acción para el enfrentamiento de la epidemia de Enfermedades sexualmente transmisibles/Sida, articulándose externamente con otras instancias de gobierno y de la sociedad civil, teniendo en cuenta los avances científicos, la noción del proceso salud y enfermedad y considerando determinantes sociales, culturales, económicos, comportamentales, epidemiológicos, demográficos y biológicos

Para ello, trabaja por medio de Grupos temáticos, Grupos Matriciales y Comités Asesores. Los grupos temáticos están constituidos por representantes de la CN/Enfermedades sexualmente transmisibles/Sida, de otras esferas gubernamentales y de la sociedad civil y tiene el objetivo de discutir técnica y científicamente problemas considerados relevantes para la definición de estrategias y acciones en el campo de la promoción. Los grupos matrices trabajan en el sentido de garantizar la transversalidad y la interface de los temas, de las poblaciones a las que están dirigidos los proyectos y otras áreas técnicas afines. Los Comités Asesores tienen el objetivo de asesorar técnica y políticamente las decisiones en el campo de la formulación de políticas.

Prevención

- Establecimiento de políticas de prevención a nivel nacional, contemplando la población en general y los grupos de mayor vulnerabilidad para las Enfermedades sexualmente transmisibles/HIV/Sida;
- Articulación con otras esferas de los poderes público, privado y de la sociedad civil, buscando promover mayor integración de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles/Sida;
- Fortalecimiento de las acciones de intervención comportamental, por medio del apoyo a programas y proyectos.

Directrices

- los cambios de comportamiento por medio del acceso a la información cualificada sobre los medios de transmisión y prevención y para la percepción del riesgo;
- el establecimiento de modelos de intervención que permitan considerar los diversos grupos poblacionales, en lo que se refiere a la toma de conciencia en relación a su situación vulnerabilidad y riesgo, teniéndose en cuenta los aspectos culturales, los contextos sociales y los valores relativos a los grupos involucrados;
- el desarrollo de trabajos de intervención basados en peer education y outreach work (trabajo en pares y agentes comunitarios de salud), relevando los cambios de prácticas, actitudes, valores y creencias en relación a las enfermedades sexualmente transmisibles /Sida;
- el fortalecimiento de redes sociales, con objetivo de alcanzar las acciones de prevención de la salud que den soporte social a los grupos involucrados, creando alternativas para el enfrentamiento de la epidemia;
- el desarrollo de aparcerías con organizaciones no gubernamentales, asociaciones comunitaria y de clase, ampliándose las acciones de prevención y la respuesta ampliada a la infección por el HIV;
- La creación de mecanismos institucionales para ampliar la participación del sector empresarial y de otros agentes sociales en la lucha contra el Sida.

Estrategias

- campañas en masa, por medio de los medios de comunicación impresos y electrónicos, e intervenciones educativas trabajando actitudes y valores relacionados a la autoestima y a la toma de conciencia sobre el riesgo de la población. Esos trabajos de

intervención consideran aspectos culturales, situaciones particulares de la vida cotidiana de la población y características regionales, además de articularse internamente con las actividades - medio del componente de promoción de la salud;

- apoyo a proyectos de intervención comportamental y elaboración de materiales educativos e informativos, buscando alcanzar los diferentes grupos sociales, estimulándolos a adoptar prácticas más seguras que reduzcan la transmisión del HIV/Sida;

- apoyo a las iniciativas comunitarias en la creación y manutención de ambientes favorables a la reducción de la vulnerabilidad y del riesgo de infección por el HIV;

- desarrollo de alianzas con el sector empresarial, estimulando acciones integradas con los órganos gubernamentales convenidos, en las tres esferas del gobierno: federal, provincial y municipal;

- estímulo a la demanda y promoción al acceso a dispositivos de prevención, como los condones y jeringas descartables;

- capacitación de recursos humanos para la formación de agentes multiplicadores de información sobre las enfermedades sexualmente transmisibles y el HIV/Sida.

Servicios e Insumos de Prevención

Centro de Prueba y Acompañamiento

Los servicios de prueba y acompañamiento son de fundamental importancia para las acciones de promoción de la salud y constituyen espacios que garantizan el acceso de la población a la realización del diagnóstico precoz, al mismo tiempo que posibilitan el contacto con grupos que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad. El test es acompañado por actividades de educación, acompañamiento y de intervención. Los CTA tienen como objetivos:

- promover el acceso al diagnóstico de la infección por HIV, en forma confidencial y gratuita acompañado de acciones de asesoría;

- capacitar y actualizar, de forma continuada, los profesionales que actúan en la red de CTA implantada y en implantación en el País;

- promover una mayor integración de los CTA con los otros programas de la red pública de salud.

La implantación de este tipo de servicios presupone las siguientes líneas estratégicas para su viabilización;

- apoyo a proyectos de implantación e implementación de CTA en las regiones de mayor incidencia y/o mayor vulnerabilidad, priorizándose municipios de pequeño y medio porte con menos de 500 mil habitantes e incentivándose consorcios entre municipios;
- vehiculación de campañas regionales de información y divulgación de los servicios de prueba y análisis y de asesoría;
- capacitación del equipo técnico para supervisión, evaluación de la calidad del servicio prestado a la población y capacitación de los profesionales que actúan en los servicios de prueba y asesoría;
- creación del comité asesor, en los niveles provincial/regional/federal, para subsidiar los programas en el monitoreo y normalización de los servicios de prueba y de las acciones de asesoría;
- apoyo técnico a la realización de estudios e investigaciones desarrolladas por equipos de los CTA de equipos en foros técnicos - científicos, de ámbito nacional o internacional.

Servicio de Información por Telefonía- Disque Salud/pregunte Sida

Este es un servicio telefónico gratuito, de atención disponible al público en general por medio de la línea 0800, que existe desde 1996 en el ámbito del Ministerio de Salud, con funcionamiento de 24 horas por día. Tiene por objetivo hacer que sean disponibles informaciones generales sobre la trasmisión y la prevención de las Enfermedades Sexualmente transmisibles/HIV y drogas, además de las referencias de servicios de asistencia en ese campo.

Después de 1997, este servicio llegó a alcanzar otros agravios a la salud, informando sobre los programas de atención básica, de agentes comunitarios de salud, y de salud de la familia, sobre farmacia básica, planos y seguros de salud y trasplantes y donación de órganos, consejos de salud, acciones del Ministerio de Salud y las formas de encaminar las denuncias de violencias contra los niños y adolescentes.

Promoción al uso de los Condones

El condón constituye el principal insumo de prevención para la reducción de las tasas de infección del HIV. Estudios realizados con diferentes segmentos poblacionales han demostrado la necesidad de aumentar la demanda y la adhesión de la población, teniendo en cuenta la importancia del control de la trasmisión sexual del HIV y la necesidad de fomentar el uso del condón en las relaciones sexuales con penetración, sobre todo en las

relaciones eventuales. En este sentido, la estrategia adoptada por el CN - Enfermedades sexualmente transmisibles/ Sida para la promoción del uso de condones prevé:

- oferta gratuita, distribución y gestoría logística del condón masculino;
- oferta gratuita, disponibilidad y gestoría logística del condón femenino para segmentos específicos de la población femenino;
- marketing social y campañas de promoción del uso de condones;
- desarrollo de redes de distribución apoyadas en base comunitaria;
- realización de análisis, control de calidad y evaluación de condones;
- realización de estudios de aceptación, demanda y consumo de condones;
- asesoría y capacitación de equipos técnicos de los proyectos y de las Coordinaciones Provinciales y Municipales de Enfermedades sexualmente transmisible/ Sida involucradas en la gestoría logística, en la evaluación y en el almacenamiento de los condones

Para la consecución de esa línea de trabajo y de respuesta a las demandas de los sectores sociales y servicios de salud, en relación al condón, cabe destacar tres aspectos que deben formar parte de la planificación de las acciones de promoción de la salud;

- diagnóstico situacional, en lo que se refiere a la oferta, demanda, aceptación, precio y eficacia del condón en la prevención de Enfermedades sexualmente transmisibles/ HIV/Sida
- gestoría, distribución y evaluación del condón, en lo que se refiere a la coordinación y planificación de compra, calidad, almacenamiento y consumo;
- uso del condón, concomitante con estrategias de reducción de riesgo de infección, entre ellas la reducción del número de aparceros y la postergación de la primera relación, sexual entre los jóvenes, en las relaciones sexuales con penetración. Cabe destacar que el condón se asocia a todas estas estrategias y se debe incluir en el contexto del comportamiento sexual de hombres y mujeres, teniendo en cuenta las condiciones desiguales de género y de poder que existen en las relaciones sociales e individuales .

En líneas generales, la promoción del uso del condón debe enfatizar su aceptación, su demanda y su uso correcto y estar asociada al comportamiento sexual de hombres y mujeres promoviendo su inserción en prácticas sexuales seguras.

Droga y Sida

Formulación y promoción de políticas, estrategias y directrices para el área de drogas y sida, promoviéndose acciones de prevención a las enfermedades sexualmente transmisibles/Sida y al uso indebido de drogas, para poblaciones vulnerables al consumo de drogas, con especial énfasis a los usuarios de drogas inyectables.

Directrices

Las acciones en el área de drogas y sida dan prioridad: a) la reducción de la demanda, promoviendo la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles/SIDA y del uso indebido de drogas y la articulación del binomio drogas y sida entre otras poblaciones vulnerables al consumo de drogas, y b) la reducción de daños a la salud por el uso indebido de drogas, dando prioridad al usuario de drogas inyectables para que en el periodo de vida en el cual no puede -o no quiere- parar de usar drogas, no se infecte con el HIV.

- la clasificación de las drogas en lícitas e ilícitas no debe utilizarse como criterio discriminatorio para la definición de prioridades con vistas al desarrollo de acciones de prevención y tratamiento del uso indebido.

- los usuarios de drogas son ciudadanos, del punto de vista de sus derechos y obligaciones y las políticas públicas relativas al uso de drogas y sida, deben contemplar a garantía de sus derechos humanos.

- la construcción de la ciudadanía es condición básica para el desarrollo de acciones de prevención a las enfermedades sexualmente transmisibles/Sida y al uso indebido de drogas y debe fundamentarse en principios de autonomía, dignidad, solidaridad, respeto y convivencia familiar y comunitaria con responsabilidad y compromisos individuales y colectivos.

Estrategias

- Apoyo político para la articulación con segmentos de la educación, de la justicia y de la acción social en el sentido del desarrollo de estrategias de prevención al HIV dirigidas a usuarios de drogas.

- Apoyo de acciones de reducción de daños a la salud por el uso indebido de drogas, promoviéndose la adopción de prácticas seguras en el uso inyectable de drogas y en la práctica sexual por parte de usuarios de dichas drogas y por usuarios de otras drogas.

- Apoyo técnico y financiero a organizaciones de la sociedad civil, para proyectos estratégicos en el área de Sida y drogas
 - Discusión, promoción y adopción de estrategias de abordaje del usuario de drogas HIV o con Sida, por los servicios de referencia del Sida (clínica, terapéutica y de asesoría)
 - Apoyo a las instituciones de referencia para la capacitación de personal en el área de la salud, justicia, educación y asistencia social para el desarrollo de propuestas institucionales, de movilización y multiplicación de informaciones sobre el Sida y drogas.
 - Desarrollo de estudios de evaluación de las líneas de acción de los proyectos, así como también el apoyo a estudios e investigaciones desarrollados en el País, con el objetivo de hacer un diagnóstico de la situación de base del uso y de los usuarios de drogas inyectables. (UDI)
 - Promoción del binomio sida y drogas en las agendas gubernamentales, con la intención de dar visibilidad a las cuestiones de drogas y sida – en particular, las acciones de reducción de daños.
 - Articulación con instancias internacionales para la elaboración de propuestas técnicas para cooperación en el área de drogas y SIDA.

Equipos para el trabajo con reducción de daños

Los insumos para esa área incluyen jeringas, agujas, paños para la desinfección del local de la picada, cucharas o vasitos para disolver el producto, agua destilada, condones y folletos educativos. Ellos forman parte de una estrategia específica dirigida a los usuarios de drogas, en particular, usuarios de drogas inyectables – reducción de daños a la salud por el uso indebido de drogas.

Su adopción busca reducir las consecuencias adversas del consumo de drogas, lícitas e ilícitas, en aquel período de vida en el que la persona tiene un comportamiento de más alto riesgo para innumerables agravios en función del uso de drogas, sin existir el objetivo inmediato de abstinencia.

Esta es una propuesta clara de control y de autocuidado con relación al uso de droga en aquel momento de la vida que el usuario no quiere – o no tiene- condiciones inmediatas de abstenerse, pero que, si se siente acogido y seguro, puede posteriormente, optar por el tratamiento. Permite también, desarrollar el sentido de responsabilidad sobre sí mismo y sobre las personas del círculo de relación. Sus agentes de intervención - los reductores de daños- reciben las jeringas ya utilizadas y ponen a disposición de la clientela condones, jeringas y otros equipamientos de protección, con el objetivo de evitar que se compartan,

sobre todo los equipos que inyectan sustancias psicoactivas. Así en un proceso educativo, se previenen las infecciones por el HIV y por otros agentes de enfermedades de transmisión sanguínea, como hepatitis, malaria y enfermedad de Chagas.

Articulación con Organizaciones no Gubernamentales

Uno de los aspectos más innovadores del programa brasileño de sida fue la creación de mecanismos que posibilitasen la participación y el fortalecimiento de la sociedad civil en la construcción de respuestas ante la epidemia de HIV/Sida. A lo largo de los años esos mecanismos se han diversificado expandiendo en alcance y en diversidad, la face de las respuestas de la epidemia de HIV/Sida en Brasil.

Directriz

Incorporación de la sociedad civil en la formulación de estrategias y acciones orientadas tanto a la promoción de políticas públicas de salud que auxilien en la reducción del impacto de la epidemia de HIV/Sida, en cuanto a la inclusión de representantes de la sociedad civil en instancias diversas, en el nivel central y local.

Estrategias

- aumento de la participación de la representatividad de la sociedad civil en comités y comisiones, en las esferas federal y local.
- Apoyo técnico y financiero para acciones de la sociedad civil orientadas para la asistencia y la prevención en HIV/Sida.
- Promoción de alianzas entre ONG, gobierno, sector privado y agencias de cooperación orientadas a la sustentabilidad de las acciones.
- Promoción de estudios e investigaciones que posibiliten un mayor conocimiento sobre el escenario nacional en lo que respecta a las acciones en HIV/EST/Sida realizadas por la sociedad civil.
- Intercambio con países de América Latina, Caribe y los países africanos de lengua portuguesa orientado a la ampliación del trabajo en red realizado por la sociedad civil y el fortalecimiento de la relación sur-sur
- Fortalecimiento de las instancias nacionales de cooperación y articulación – como foros y redes-dirigido a la mejoría de la interlocución con otros sectores con otros sectores, así como también el fortalecimiento del movimiento social organizado.

- Incentivo a la formación de instancias de control social de las políticas públicas de salud donde la sociedad civil tenga su espacio garantizado y, al mismo tiempo, estimular la participación de la sociedad civil en los foros que ya existen.

Normas y procedimientos

El proceso se da por medio de concurrencia pública, de ámbito nacional, realizada anualmente, cuando se seleccionan por un Comité Directivo Externo, en visa de criterios definidos por esa coordinación, las propuestas encaminadas por instituciones de la sociedad civil que tengan como objetivo la reducción del impacto decurrente de la epidemia.

A cada concurrencia, se publica un edital específico en el Diario Oficial de la Unión, y los criterios relacionados al proceso se divulgan ampliamente a las instituciones que componen el banco de datos de la coordinación. Las propuestas se encaminan en un formulario específico y deben ser acompañadas de documentación que atestigüe la existencia jurídica de la institución concurrente (acta de fundación, estatuto social, acta de composición de la directoría. CGC y fotocopia de identidad y CPF del representante legal de la institución).

Los proyectos se apoyan en conformidad con cuatro naturalezas de acciones:

- 1 información, educación y comunicación;
- 2 intervención comportamental;
- 3 apoyo a las personas viviendo con Sida y su red de socialización; y
- 4 desarrollo institucional e intercambio

Los proyectos se aprueban con vigencia de un año, teniendo como base de financiación el monto definido por la Coordinación Nacional. Cada institución puede tener el máximo de tres proyectos apoyados simultáneamente, siendo ejecutados por diferentes coordinadores.

Una Portaria Ministerial designa al Comité Directivo Externo que es el responsable por la selección de las propuestas, y se renueva dicho comité cada dos años.

La Coordinación Nacional define las prioridades de cada concurrencia, considerando el análisis de las tendencias impuestas por la epidemia, ya sea en las regiones geográficas, ya sea en la población específica.

El análisis de las propuestas se da en tres niveles de criterio de elegibilidad, a saber:

Criterios Técnicos

- compatibilidad de los objetivos de la propuesta con los objetivos generales del Proyecto SIDA II
- integración con el SUS, explicitándose los actores involucrados en la alianza;
- compatibilidad con las necesidades identificadas en la población-blanco;
- calidad técnica del proyecto.

Criterios gerenciales y financieros

- coherencia del presupuesto propuesto con los objetivos, actividades y resultados previstos;
- indicación en la propuesta de la contrapartida y/o co-financiación;
- capacidad administrativa y gerencial de la institución;
- inexistencia de incumplimiento de la institución con la CN/EST/SIDA

Criterios Epidemiológicos, Poblacionales y Geográficos

- localización geográfica del proyecto;
- identificación del porcentaje de cobertura de la población-blanco;
- integración interinstitucional;
- potencial del proyecto para alcanzar áreas geográficas identificadas como prioritarias y áreas de concentración poblacional de mayor riesgo y/o vulnerabilidad a la infección por HIV

La Coordinación Nacional analiza técnica y financieramente las propuestas aprobadas por el Comité Directivo Externo, con la expectativa de la adecuación de las acciones previstas

Teniendo presente el presupuesto de descentralización previsto en el SIDA II, los procedimientos asociados a la participación de las instituciones de la sociedad civil se está redimensionado de forma de viabilizar la efectivización de medidas que atiendan a tal presupuesto.

Derechos humanos y Salud Pública

Promoción de medidas que aseguren el respeto a los derechos humanos y promoción de la salud mental en el contexto de la epidemia de Sida.

Pese a que Brasil ratificó la Declaración Universal de los Derechos humanos, en 1948, podemos afirmar que sólo con la Constitución Brasileña de 1988, estos derechos pasaron a ser obligaciones jurídicas claras y precisas para el Estado Brasileño. Como tal, el estado Brasileño precisó crear mecanismos que garantizaran y protegiesen esos derechos individuales y colectivos de la persona humana. Para optimizar el cumplimiento de esa obligación, la Presidencia de la República, el 13 de mayo de 1996, promulga el Programa Nacional de Derechos Humanos (PNDH)

En el contexto de la epidemia de Sida, en las dos décadas de epidemia en Brasil, el derecho a la prevención y al tratamiento es reconocido como un derecho fundamental, teniendo, dentro del PNDH, ítems específicos para garantizar y proteger el ejercicio de este derecho.

Imbuída de esa concepción, la Red de Derechos Humanos y Salud Mental (RDH) en HIV/ Sida, constituida por asesores técnicos de las áreas jurídicas y de salud y de instituciones/personas catastradas, es una Asesoría de la Coordinación Nacional, creada para garantizar la vinculación directa de las políticas públicas en EST/Sida, con el respeto a los derechos humanos, asesorando y fomentando las instancias gubernamentales y no gubernamentales locales en lo que a las iniciativas para garantía de los derechos y combatiendo las conductas sociopolíticas recurrentes de prejuicio y discriminación contra las personas viviendo con HIV/Sida.

Fragmentariamente, puede hacerse una lista de cuestiones frecuentes de falta de respeto a los derechos humanos, que alcanzan tanto a ciudadanos con HIV/Sida como a otros involucrados con la epidemia: obstáculos en el acceso al diagnóstico, asistencia y tratamiento; impedimentos a la convivencia social en los ambientes de vivienda, trabajo, escuela; análisis compulsivos, violación de la privacidad .

Directrices

La red, cumpliendo su papel vinculante de las políticas públicas con los derechos humanos, establece dos modos operacionales esenciales:

1 - Negociaciones institucionales – gubernamentales y no gubernamentales – e interinstitucionales permanentes, en la tentativa de ajustar medidas de salud pública al respeto de los derechos humanos

2 - Adopción de una política educativa en la que se sustituye el énfasis sobre las restricciones (identificación, control, notificación), propias de las medidas de salud pública tradicional, por una política que enfatiza y perfecciona la protección a los derechos humanos basada en: diseminación de informaciones sobre enfermedad/salud, derechos/ responsabilidades; capacitación de usuarios, profesionales y población general y/o específica.

Estrategias

En lo que se refiere a la directriz 1, las negociaciones ocurren, la mayoría de las veces, para que se garantice el derecho a acceder a un diagnóstico, para que se garantice la asistencia y el tratamiento o por lo menos que ocurra dentro de los parámetros éticos-legales.

Las articulaciones para garantizar este derecho están respaldadas por normas legales o pareceres técnicos – jurídicos, con harta argumentación en los hechos, ética y legal, elaborados por la coordinación nacional o por los consejos de clase de los profesionales de la salud, en el ámbito federal o regional.

Conforme documentos anexos (anexo II y III, componente 1, p. 73 e 75) se puede tener acceso al parecer elaborado por la CN –EST/Sida, sobre la realización y la entrega de exámenes anti-HIV para adolescentes; parecer del Consejo Federal de Medicina, sobre las pruebas compulsivas anti-HIV en pacientes, en los casos de exposición ocupacional del profesional de la salud; decisión del Superior Tribunal de Justicia que corrobora la constitucionalidad de la Ley n.º 9.313/96 que dispone sobre el derecho de los pacientes portadores del HIV de tener acceso a los medicamentos para tratamiento del Sida, siendo esta una garantía constitucional: el derecho a la vida y a la salud.

En lo que se refiere a la directriz 2, la disseminación de informaciones se da por medio de la edición de material informativo periódico, como el Notas de la Red: publicación mensual con informaciones de naturalezas diversas, distribuida por correspondencia que comprende aproximadamente 1400 personas/instituciones; edición de Boletines temáticos, en anexo el n.º 3 que se trata de la reintegración de trabajadores sero positivos despedidos por conductas discriminatorias de sus empresas, también distribuido por correspondencia y en eventos realizados por la CN-EST/ Sida o por entidades aparceras.

Esos eventos tienen un público-blanco diverso, ya que pueden orientarse a las personas viviendo con HIV/Sida, profesionales que lidian con la epidemia o la población en general. Cualquiera que sea el público, el objetivo del evento es instrumentalizarlo con informaciones adecuadamente repasadas sobre derechos y responsabilidades, o sea, cada público en particular tendrá un lenguaje adecuado que se adoptará con las informaciones pertinentes y útiles en el desarrollo de sus acciones y actividades cotidianas.

La RDH apoya los Encuentros Regionales de la Red Nacional de Personas Viviendo con HIV/Sida (RNP+) y su realización es responsabilidad de la RNP+. El curso de Capacitación de Profesionales del Derecho realizado por la RDH busca instrumentalizar a esos profesionales para la defensa de los derechos fundamentales de las personas viviendo con HIV y Sida. La RDH participa también de las capacitaciones de los profesionales de la salud, transmitiéndoles informaciones sobre la conducta ética, bioética y legal en el desempeño de la profesión.

Salud Mental y Sida

La salud mental abre un item en el campo de la epidemia de HIV/Sida que se puede sistematizar de la siguiente manera:

- 1 - por el impacto sicosocial de la propia epidemia;
- 2 - por las manifestaciones psiquiátricas decurrentes de las infecciones y afecciones asociadas al Sida;
- 3 - por la necesidad de identificar la vulnerabilidad de riesgo en los enfermos mentales.

La construcción imaginaria y social del sida, en dimensión universal forneció, por sí sola, los datos para las acciones dirigidas a dirimir las consecuencias de la muerte anunciada, de la muerte civil, de la discriminación por el estado de salud, de la incurabilidad,

de la ilusión de ser enfermedad de otro, de las pérdidas de varios órdenes y de certezas fantasmagóricas que abarcan contagio, culpa y sexualidad.

Organizaciones no gubernamentales y personas infectadas y afectadas se anticiparon en respuestas metodológicamente creativas y efectivas, encargándose incluso de su difusión. Así es como se conocen prácticas grupales de ayuda mutua (Tribunales libres, Recepción, Asesoría entre Semejantes, Café Positivo, Grupo de Mujeres) talleres (capacitación, autoestima, actualización, prácticas de sexo más seguro, arte), Banco de Horas (disponibilidad de red de terapeutas) y encuentros-locales, regionales e incluso nacionales – de potencialización de las personas y poblaciones más alcanzadas directa o indirectamente por la epidemia.

La directriz gubernamental se hace por medio del fomento y del apoyo a esas prácticas comunitarias, por la implantación de la red de Centros de análisis y asesoría y por la inclusión de la asesoría en la capacitación de los profesionales involucrados.

A partir de 1997, por propuesta de la Comisión Nacional de Sida (CNSIDA) la articulación sida/salud mental se incorporó a la Red de Derechos Humanos en HIV/Sida, lo que, de cierto modo sustantiva a las manifestaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando los derechos humanos intrínsecos a la terapia psiquiátrica.

Integrando la política de salud mental del Ministerio de Salud, las estrategias establecidas en esta área comprenden:

1 - integración entre las instancias de asistencia al Sida (coordinación de EST/Sida, hospitales, servicio de Atención especializada, Hospital-Día, Atención Domiciliar Terapéutica) y a la salud (coordinación de salud mental, hospitales, Centros de Atención sicosocial- CAPS, Núcleos de Atención Psicosocial-NAPS);

2 - estudios que dimensionen la vulnerabilidad de los enfermos mentales a la infección por HIV;

3 - estudios que evalúen metodologías adecuadas a la prevención de EST/Sida entre enfermos mentales;

4 - publicación técnica considerando aspectos nosológicos, asistenciales y terapéuticos de la intersección sida/manifestaciones psiquiátricas;

5 - identificación y fomento de las acciones que optimicen las respuestas subjetivas de los profesionales que trabajan en el campo del SIDA.

Comunicación social: información , educación y comunicación

La comunicación social es la responsable por la publicación de materiales de información, educación y comunicación y por los contactos con la prensa para divulgación de las acciones de la CN-EST/Sida. Es el área que define las estrategias de marketing, que elabora y acompaña el proceso de producción y difusión de campañas, la organización de eventos y la promoción de intervenciones específicas conjuntamente con otras instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales.

La comunicación eficiente de políticas públicas de información, educación y comunicación en EST y sida debe tener como prioridad el respeto a la audiencia, y la identificación, con precisión, (I) del público que es el blanco, (II) del mensaje que se quiere transmitir, y (III) de la forma y medio más adecuados para su trasmisión.

Directrices

Todos los mensajes publicitarios, de carácter informativo y educativo, y recomendaciones técnicas respetan las siguientes directrices, en su comunicación:

- Democratización del acceso a la información sobre EST/HIV/ Sida y drogas , sexualidad, derechos humanos, ciudadanía, solidaridad, asistencia y tratamiento a los portadores de infección y pacientes, y usuarios de drogas;
- Énfasis del carácter prioritario y estratégico de la prevención en el control de la epidemia;
- Promoción de campañas continuas y progresivas, generales y segmentadas, de naturaleza informativa y educativa que induzcan al cambio de comportamientos de riesgo para prácticas más seguras;
- Respeto a la regionalidad, características culturales, costumbres, opciones y hábitos individuales y colectivos;
- Promoción de la autoestima y responsabilidad social e individual sobre la salud.

Estrategias

La importancia de la selección de estrategias de comunicación en EST/HIV/Sida y drogas permite la optimización en el uso de los recursos y de la maximización de sus resultados. De esta manera, un plan de información, educación y comunicación en EST/ HIV/Sida y drogas promueve, entre sus acciones estratégicas las siguientes:

- Producción de material informativo y educacional (libros, revistas, periódicos, folletos, videos, etc) para el público general y segmentado de materiales didácticos (guías y manuales, boletines, videos y otros) para la capacitación de profesionales del área de la salud, educación y otras afines a la epidemia, buscando la mayor eficacia en la comprensión del mensaje y adopción de prácticas más seguras para la salud pública.

- Elaboración y publicación de materiales de campaña (afiches, anuncios en revistas y periódicos, publicidad en TV y spots en radio, y otros) dirigidos a la nación, reforzados o maximizados por campañas regionales/locales dirigidas a la población en general o poblaciones segmentadas a las cuales la CN/EST/Sida también contribuye mediante asesoría, análisis y emisión de parecer técnico y/o apoyo financiero. Entretanto y a pesar de la actuación suplementaria de la CN/EST/Sida en campañas regionales/locales orientadas a públicos generales o segmentados, estos necesitan una atención especial (izada) de los gobiernos provinciales y municipales, más próximos, conscientes y atentos a los fenómenos regionales socioculturales y comportamentales que los caracterizan. El trabajo de los gestores provinciales y municipales tienen por misión complementar el primer contacto de su población con la información que el ministerio de Salud pone a disposición en las campañas nacionales;

- Producción de textos periodísticos (press-releases) enviados para los mas-medias, con los objetivos de sensibilizar a los editores y reporteros para los asuntos pertinentes a la epidemia y a las drogas, y difundir actitudes de solidaridad en relación a las personas viviendo con HIV/Sida;

- Promoción de espacios de movilización para la difusión de informaciones entre los públicos segmentados (cursos, conferencias, encuentros, ferias, competencias deportivas etc.)

- Capacitación técnica de las coordinaciones provinciales y municipales en información educación y comunicación (IEC) en EST/HIV/Sida y drogas, a través de la supervisión, de campañas regionales/locales, promoción de cursos, oficinas de trabajo y otras formas de capacitación en temas tales como publicación, campañas, prensa, etc; y el estímulo a la creación de asesorías de prensa en coordinaciones provinciales y municipales de EST y Sida;

- Utilización de la radio y de la TV y de otros vehículos de comunicación que prescindan de la lectura de textos - en la información para la educación y prevención de las EST, del HIV/Sida y del uso indebido de las drogas, a partir de la definición de un modelo estratégico de comunicación y del registro de las radios y la TV comunitaria o por cable de todo el País;

- Planificación y producción de insumos y capacitación para la implementación de campañas específicas orientadas a la promoción del acceso de la población al análisis y

asesorías en HIV/Sida, así como también la adhesión de sus portadores y pacientes al tratamiento con anti-retrovirus;

- Establecimiento de alianzas en la sociedad y movilización de actores sociales, pares y/o agentes multiplicadores, para la diseminación de informaciones acerca de la prevención a las EST/HIV/Sida y al uso indebido de drogas, junto con sus respectivos grupos/segmentos sociales;

- Disociación del condón de las relaciones sexuales vistas como promiscuas o inmorales legitimando su carácter indispensable y su uso frecuente;

- Difusión de informaciones y estrategias de negociación del uso de los condones por la pareja.

Normas y procedimientos

La legislación en vigor en el campo de la salud toma como referencia los dispositivos constantes en el Título VIII del Orden Social, Capítulo II de la Seguridad Social, Sección de la Salud, que integran la Constitución Federal de 1988.

Se define la Salud como un derecho de ciudadanía es deber de Estado, "garantizado mediante políticas sociales y económicas que estén orientadas a la reducción del riesgo y otros agravios y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, prevención y recuperación".

Esa base constitucional tiene su reglamentación en las leyes n.º 8080 e 8142, leyes orgánicas de Salud (LOS) de 1990 que establecen los principios de la descentralización, municipalización y el control social de Sistema Único de Salud (SUS)

Esos instrumentos jurídicos e institucionales se complementan por las Normas Operacionales Básicas NOB mientras instrumentos de gestión del SUS y por las resoluciones del Consejo Nacional de Salud (CNS). La discusión y participación de la sociedad civil en el proceso de implementación y perfeccionamiento del SUS está asegurada en la Conferencia Nacional de Salud que se realiza cada cuatro años y en la representación paritaria de los actores sociales en los Consejos Nacional, provincial y municipal de Salud.

Es importante resaltar que el derecho a la salud está también amparado por otros instrumentos legales, tales como las legislaciones pertinentes a la Previdencia Social, al Trabajo, al Derecho del Consumidor y a la Ley Orgánica de la Asistencia Social.

En el caso de los agravios a la salud en relación al Sida y otras EST, es importante destacar los aspectos relacionados a la legislación y a los procedimientos en vigor para el Componente I, conforme cuadro a seguir:

ANEXO I

CUADRO 1

Modelos de intervención centrados en el individuo

TIPO	CARACTERÍSTICA
1 - Creencias en salud	Se basa en las actitudes y creencias del individuo sobre su condición de salud, sobre todo en lo que se refiere a la percepción de la susceptibilidad y severidad del estado de salud, la percepción de los beneficios de los recursos disponibles y de la percepción de las barreras de acceso a los servicios. Las principales recomendaciones para el desarrollo de las acciones preventivas previenen el uso de los medios de comunicación social, la información de las personas y las situaciones de riesgos vivenciadas anteriormente.
2 - Aprendizaje local	Prioriza las fases de aprendizaje en la adopción de prácticas sexuales seguras, identificando las siguientes variables: a) el individuo reconoce su situación de riesgo sin la intención de cambiar el comportamiento; b) el individuo reconoce el problema y piensa cambiar el comportamiento; c) el individuo reconoce el problema y está dispuesto a cambiar su comportamiento en un periodo de tiempo y/o aceptar el cambio de comportamiento. Esta teoría fundamenta las acciones de prevención en el conocimiento y en el proceso de aprendizaje sobre la situación de riesgo y en la posibilidad de adopción de prácticas sexuales seguras.

3 - Acción racional	Cuatro componentes definen el comportamiento: acción, objetivo, contexto y tiempo, legitimados y reconocidos por el grupo social al cual el individuo pertenece o por el conjunto de la sociedad. En este sentido, el cambio de comportamiento puede ser escalonado, y puede partir desde el reconocimiento de que otras personas están cambiando así como también contar con el apoyo de aparcerías más próximas. Este modelo permite la relación entre la epidemiología y la dimensión sociocultural del trabajo de prevención.
4 - Reducción de daños	Adopta estrategias pragmáticas que enfatizan la efectividad y la relación costo/beneficio de las intervenciones entre usuarios de drogas inyectables frente a la epidemia de Sida, sin exigir la abstinencia como criterio exclusivo de participación de la población a la que va dirigida. Pone a disposición insumos para que no se compartan las jeringas y para que la práctica sexual sea más segura y prioriza la prevención y el tratamiento de los usuarios de drogas en un nivel terciario de atención.



ANEXO II

CUADRO 2

Modelos de intervención centrados en el grupo

TIPO	CARACTERÍSTICA
1 - Papel de la comunidad, liderazgo y educación por pares (peer education y outreachwork)	Una innovación se introduce en la comunidad, utilizándose los líderes y personas respetadas para que ellos divulguen las acciones entre los demás. En algunos proyectos, la adhesión a las prácticas seguras se promueve por medio de líderes comunitarios o religiosos. Cada proyecto elabora su estrategia, analizándose las relaciones sociales de la comunidad donde se quiere actuar. Enseguida, se elabora una estrategia de movilización social.
2 - Redes sociales	La teoría de las redes sociales parte de la premisa de que el comportamiento de una persona, grupo, familia o comunidad es una fusión de necesidades y preferencias personales en relación a las tareas que desempeñan, al ambiente social inmediato en el cual viven y las normas sociales a las que adhieren. La percepción del riesgo para el HIV y para el uso indebido de drogas está directamente relacionada a los vínculos y a la comunicación establecidos en un proceso continuo y permanente de interacción. En ese abordaje, es primordial analizar la composición de las redes sociales de la comunidad, las actividades de esas redes frente a la adhesión de prácticas seguras y los riesgos de varios segmentos (detectar redes sociales con riesgo elevado y las " bridge populations")
3 - Poder y género	La teoría de género forma parte de las teorías estructurales y constituye un sistema complejo de relaciones personales y sociales de dominación y poder. Este modelo se basa en el presupuesto de que las relaciones entre hombres y mujeres codifican, delimitan y demarcan las desigualdades de status, poder y recursos materiales. Por lo tanto representan relaciones que determinan la situación y la posición en relación al riesgo y a la vulnerabilidad.

4 - Cambio individual, social y "empowerment" "la unión hace la fuerza"	Esta teoría presupone que el cambio social se da por medio de diálogos que aumentan la capacidad crítica de percibir y analizar la situación social, cultural, política y económica y se orienta a intervenciones para disminuir las fuerzas opresivas. "Empowerment" es el proceso según el cual las personas más vulnerables trabajan juntas para ampliar su control sobre los factores que determinan su salud y sus vidas. Se diferencia el "empowerment" individual, el organizacional y el comunitario.
5 - Modelo ecológico	Según ese modelo, el comportamiento es el resultado de influencias de varios niveles. Los factores que ejercen su influencia sobre el comportamiento son: intrapersonales, interpersonales, institucionales, factores de la comunidad y de las políticas sociales. Por lo tanto las estrategias de intervención abren un abanico de posibilidades, teniendo siempre presente la importancia de la interrelación entre el individuo y su medio ambiente.



4 – Educando sobre SIDA Una perspectiva global

Peter Agleton (*)

Desde el comienzo de la pandemia global, se estima que 14 millones de personas hayan muerto de enfermedades relacionadas al VIH, siendo que 2 millones y 500 mil personas en 1998, y se estima que 33,4 millones estén actualmente viviendo con el VIH. Durante 1998, más de 5,8 millones de personas fueron infectadas con el VIH, o sea, 11 hombres, mujeres y niños cada minuto. La mitad de todas las infecciones suceden entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, tornando esa epidemia con sus consecuencias especialmente serias para las generaciones futuras (UNAIDS y OMS, 1998^a). En varias partes del mundo, hoy la epidemia está completamente fuera de control.

La epidemia global consiste de una serie de micro-epidemias superpuestas, cada una evolucionando con su dinámica propia (UNAIDS y OMS, 1998^a). En cuanto algunos países lograron retardar o interrumpir la epidemia, en otras partes del mundo epidemias nuevas y a veces explosivas comienzan a desarrollarse. En Mumbai, India, por ejemplo, la predominancia notificada del VIH alcanzó 50% entre profesionales del sexo, 36% entre personas que buscan tratamiento para alguna enfermedad sexualmente transmisible, 2,5% entre personas que frecuentan clínicas de asistencia pre-natal. Y 3,5% entre personas con menos de 20 años. Con cerca de cuatro millones de personas infectadas por el VIH, la India es hoy el país con mayor número de individuos infectados. Mas ahí cerca, en China, hay una epidemia desarrollándose rápidamente con proporciones potencialmente catastróficas. La Academia China de Medicina Preventiva estimó recientemente que la predominancia de la infección por el VIH en aquel país fue multiplicada por 10 entre 1993 y 1995, y que, al final de 1997, 400 mil chinos estaban infectados. En los países de la antigua Unión Soviética, las tasas de infección aun son muy bajas, pero están creciendo rápidamente, en cuanto las de sífilis están explotando.

Africa al sur del Sahara continua siendo la región más duramente alcanzada por el VIH y por el Sida, y la región donde la epidemia crece rápidamente. Se estimó recientemente que más del 8% de todas las personas entre 15 y 49 años, en Africa al sur del Sahara, estén infectadas con el VIH, en algunas ciudades africanas (UNAIDS y OMS, 1988^a). En muchos países de esa región, el Sida se está tornando rápidamente la principal causa de defunción entre adultos, y en Kenia, Botswana, Zimbabwe, Zambia,

Uganda y Malawi, el Sida ya tuvo un impacto enorme sobre la expectativa media de vida, con efectos concomitantes sobre la producción y la economía. Además de eso, con pérdida de miembros de la generación más productiva, un número significativo de niños que perdieron a los padres obligó a los abuelos a asumir la responsabilidad de cuidar de esos nietos huérfanos. El Sida se tornó hoy un verdadero problema para el desarrollo del África.

En América Central y del Sur, la situación es actualmente más diversificada. Como en otras partes del mundo, la epidemia explotó las fallas de una sociedad llena de desigualdades, afectando con más gravedad a los que ya estaban más vulnerables. En muchos países, las mayores pérdidas hasta ahora fueron entre hombres de práctica homosexual y usuarios de drogas inyectables, de los grupos altamente estigmatizados y marginados en la mayoría de los países de América Latina. Se estimó recientemente que, entre hombres de práctica homosexual en México (muchos de los cuales no se consideran "homosexuales" o gais), cerca del 30% pueden ser soropositivos, y la tasa de infección notificada entre personas que se inyectan drogas varía entre 5-11% en México y aproximadamente 50% en Argentina y en Partes de Brasil (UNADIS y OMS, 1998). Existen indicios de que las tasas de transmisión entre hombres y mujeres se están expandiendo, en muchos países. En Brasil, por ejemplo, donde se encuentran buenas informaciones de vigilancia epidemiológica, la proporción de hombres para mujeres infectadas cayó un poco de más del 16 para 1, en 1986, de 3 para 1, actualmente. En el Caribe, se estimó recientemente que, en algunas localidades, cerca del 8% de las gestantes están infectadas por el VIH.

Eso significa, claro, que la epidemia no pueda ser controlada. Hay señales de que, en algunas partes del norte de Europa y en Australia, la incidencia de nuevas infecciones se estabilizó y puede estar declinando. Hay indicios, en países como Uganda y Tailandia, de que, con los programas correctos, la epidemia puede ser controlada. Y tenemos pruebas como en Senegal, de que la intervención eficiente e inmediata puede mantener las tasas de infección en niveles bastante bajos. En Uganda, por ejemplo, test de vigilancia en centros urbanos muestran una caída del 40% en la predominancia del VIH entre gestantes, durante los últimos cinco años, caída está relacionada al cambio en el comportamiento sexual de hombres y mujeres. En Kampala, Uganda, por ejemplo, 46% de los hombres entrevistados recientemente informaron haber usado preservativo en su último encuentro sexual con el compañero no habitual, y 31% declararon que siempre usan preservativos con compañeros "casuales". Jóvenes del sexo femenino informaron que están retardando el inicio de las relaciones sexuales, reduciendo el número de

compañeros sexuales y haciendo habitualmente uso del preservativo. En Tailandia, hay evidencias claras de un declive en el número de visitas a profesionales del sexo, además de un aumento en el uso de preservativos entre jóvenes soldados del sexo masculino. Simultáneamente, ocurrió un declive en la predominancia del VIH entre miembros de esa misma edad, pasando del 8% en 1992, para menos del 3% en 1997.

Entonces que podemos hacer?

En un pronunciamiento reciente, Peter Piot, Director Ejecutivo de la UNAIDS, describió dos pre-requisitos para prevención y control del VIH. Para el futuro, tenemos necesidad de una vacuna eficaz que proteja contra la infección. En el presente, necesitamos aplicar lo que funciona. Eso no exige nuevos descubrimientos tecnológicos, sino simplemente el compromiso y la voluntad política para accionar con base en lo que ya aprendimos hasta hora.

Si preguntamos a cualquier persona lo que considera como clave para la prevención del VIH, ella probablemente dirá que es el conocimiento sobre el VIH y sus vías de transmisión. Esa visión influenció el pensamiento internacional en los primeros diez años de la epidemia, y continua a ser defendida por aquellos que creen que la educación sanitaria es simplemente una cuestión de presentar los hechos a las personas. En realidad, es claro, las personas necesitan de mucho más que informaciones para protegerse, y a los demás, contra infecciones. Ellas necesitan de actitudes que hagan que el cambio de comportamiento parezca que valga la pena, y habilidades para negociar el sexo más seguro de inyectarse.

Actitudes difíciles de cambiar. Si eso fuese verdad, tendríamos poca dificultad en movilizar los recursos necesarios para responder efectivamente a la epidemia global, serían más raros los preconceptos y la discriminación relacionados al Sida, y las personas lograrían reconocer con más facilidad que el VIH y el Sida son cuestiones que las afectan personalmente. Para cambiar actitudes, necesitamos cambiar las formas de percibir las reglas sobre el sexo más seguro y el uso de preservativos.

El marketing social es un abordaje que ha obtenido éxito en esta área, particularmente en la promoción del uso del preservativo en países de África.

Desarrollar habilidades para la comunicación y negociación sexual requiere práctica y apoyo. Eso es particularmente verdadero cuando se trata de ser asertivo sobre deseos

y necesidades, especialmente si usted es una mujer o una persona más joven. Muchas sociedades, hoy en día, niegan a los jóvenes la oportunidad de practicar habilidades de comunicación y negociación relacionadas a sexo y uso de drogas. Fue por ese motivo que UNICEF decidió incluir el desarrollo de habilidades para la vida en el currículo de educación sobre salud y relaciones personales en las escuelas del mundo entero.

Intercambiar conocimientos y actitudes, apenas (y aun facilitar el desarrollo de habilidades), no es suficiente para conseguir reducir los riesgos. De que sirve a una mujer de Fortaleza, por ejemplo, saber como el HIV es transmitido, cuando ella no se puede rehusar a hacer sexo con un marido infiel por miedo de ser golpeada? De que vale tal conocimiento a una niña de la calle en Rio de Janeiro, a quien un cliente ofrece más dinero para hacer sexo sin preservativo? Todo el día, centenas de millares de mujeres se enfrentan con circunstancias semejantes.

Factores ambientales y sociales también necesitan ser enfrentados como parte del trabajo de prevención del VIH. La Carta de Ottawa para Promoción de la Salud fue una de las primeras declaraciones internacionales aprobadas para promover centros de apoyo a la salud. Tales centros son esenciales para que las personas se sientan en condiciones de reaccionar de acuerdo con lo que aprendieron, pero frecuentemente ni siquiera existen. Hoy es ampliamente aceptado el hecho de que los factores sociales – hasta aun relaciones de poder de desigualdades sociales – tornan algunos grupos más sistemáticamente vulnerables a las EST y al VIH que otros.

Pueden también extenderse a normas y reglamentos dirigiendo el contacto sexual en un determinado medio o sociedad. Se sabe ahora, por ejemplo, que la introducción de normas formales para tornar el trabajo sexual más seguro en burdeles puede tener efecto dramático sobre la transmisión del VIH y otras EST, como ocurrió en Tailandia.

Como el fallecido Jonathan Mann creía tan apasionadamente, hay buenas razones para creer que los esfuerzos para promover los derechos humanos, incluyendo la libertad de no ser explotado, la libertad de no sufrir violencia sexual, y la libertad de no ser discriminado y estigmatizado por causa de su sexualidad y soropositividad, probablemente tendrán efectos benéficos. Tanto la persuasión individual como la capacitación social son, de esa forma, necesarias para alterar el curso de la epidemia. Los programas de intervenciones que sólo se vuelquen hacia una de esas variables simplemente no funcionan.

Trabajando con jóvenes

Ya hablé bastante sobre las epidemias globales de VIH y Sida, y sobre los abordajes que sabemos que funcionan mejor cuando se trata de la prevención del VIH. En el resto de este trabajo, quiero focalizar la discusión en los jóvenes y escuelas. Comenzaré diciendo algo sobre los jóvenes y las barreras que impiden el trabajo en las escuelas. En seguida, describiré algunos principios para tener éxito en nuestro trabajo con los jóvenes, y finalmente daré algunos ejemplos de abordajes innovadoras y eficaces, extraídos de una revisión internacional que terminé recientemente para la UNAIDS.

Jóvenes

Al contrario de lo que algunos adultos creen, los jóvenes constituyen un grupo significativamente diversificado. Aunque algunos puedan presentar las características supuestamente universales de la adolescencia, identificadas en la literatura psico-social de los Estados Unidos y de Europa – actitudes de rebeldía, facilidad de arriesgarse y sólo pensar en el presente, sensación de invulnerabilidad personal -, la mayoría difiere poco de la mayor parte de los adultos. Pueden ocasionalmente sentirse infelices y tristes, pueden ocasionalmente tener dudas sobre sí mismos, pueden periódicamente sufrir una caída en su auto-estima, pero en lo general son bien equilibrados y maduros.

La experiencia de los jóvenes, como la de los adultos, es estructurada por su medio social, su sexo, su edad, su etnia. Tales factores sociales tornan a algunos jóvenes sistemáticamente vulnerables que otros. Por ejemplo, en la mayor parte de las sociedades, las desigualdades entre los sexos significan que la mayor parte de los jóvenes no tienen poder de “negociar” sobre donde, cuando y como la relación sexual puede ocurrir. Los jóvenes, por otro lado, pueden ser persuadidos por ideologías dominantes de masculinidad a tener varias compañeras y a considerar la violencia sexual como algo natural e inevitable. Jóvenes económica y socialmente marginados, al buscar establecer y mantener relaciones responsables con sus compañeros sexuales, enfrentan desafíos diferentes de los enfrentados por aquellos que viven en situación y circunstancias afluentes.

Finalmente, los jóvenes difieren en su experiencia y sus expectativas sobre el sexo y relaciones sexuales. Eso puede tornar especialmente difícil la educación sobre el VIH entre los jóvenes. Cuando se trabaja con un grupo de jóvenes de 16 años, por ejemplo, observamos que algunos pueden estar involucrados en relaciones estables.

Otros pueden aún no haber tenido su primera experiencia sexual: algunos la estarán buscando, otros, aún no. Una minoría importante puede ser sexualmente experimentada con personas del mismo sexo.

Algunos de esos muchachos y muchachas pueden, en su vida futura, tornarse exclusivamente homosexuales, otros, bisexuales, y otros, heterosexuales. Como proceder para educar a jóvenes en tales circunstancias, de forma de respetar la diversidad sexual y las necesidades que a veces son bastante diferentes? Estas son las preguntas que todos necesitamos analizar.

Algunas barreras al trabajo en escuelas

En todo el mundo, las escuelas fueron identificadas como ambientes-clave para realizar la educación relacionada al VIH y al Sida entre los jóvenes. No obstante, existen obstáculos enormes para garantizar que eso suceda. Comentaré tres de ellos aquí.

La creencia de que educar a los jóvenes sobre el sexo estimula la actividad sexual

Al contrario de la creencia popular, enseñar a los jóvenes sobre el sexo no produce niveles más altos de actividad sexual y riesgos asumidos. De hecho, exactamente lo opuesto es verdadero, como demostró una revisión reciente de la UNADIS, realizada por el Centro Nacional de Pesquisa Social En VIH en Australia. De los 53 estudios de todo el mundo que fueron revisados, 27 informaron que la educación sobre VIH/SIDA y/o sexual no aumentó ni disminuyó la actividad sexual y/o las tasas de embarazo o EST a ella relacionadas, y otros 22 estudios indicaron reducciones claras en la actividad sexual sin seguridad y/o en sus indicadores. Hay evidencias extremadamente claras de que los programas bien planificados y bien ejecutados de educación sexual en las escuelas pueden tener un impacto significativo sobre la reducción de riesgo relacionado al VIH, así como sobre la salud sexual en general.

El desafío ahora consiste en convencer a los políticos responsables por las políticas de que ellos tienen muy poco que perder y mucho que ganar con la implementación de programas de educación sexual y sobre VIH/SIDA en las escuelas. Eso porque, sin la educación sexual, el cuerpo de los jóvenes puede ser su único profesor, y la educación sexual de los jóvenes en particular puede ser dejada a cargo de la pornografía, del acaso, de la mitología transmitida por amigos y del aventurismo – lo que Gary Dowsett, autor

de un informe reciente de la UNAIDS sobre el asunto denominó “una potente mezcla de omisión y error”

Las aprehensiones de los profesores

Muchos profesores si sienten aprehensivos en relación a la educación sobre sexualidad y relaciones sexuales para jóvenes. Ellos pueden tener la misma preocupación cuando se trata de hablar sobre drogas. De cierta forma, eso no es de extrañar: pocos adultos tal vez se sientan realmente seguros cuando necesitan responder a las preguntas de los jóvenes, y muchos temen a las preguntas que podrán ser hechas sobre su propio comportamiento y estilo de vida.

Esas aprehensiones bien realistas sólo pueden ser reducidas cuando los profesores trabajan en compañerismo con los responsables por las políticas, con líderes comunitarios y religiosos, y con los padres solamente en tales circunstancias los profesores pueden tener la certeza de que los mensajes que irán a transmitir tendrán e apoyo de la comunidad más amplia e irán a atender a las necesidades diversas y mutables de los jóvenes. Sin embargo, puede ser difícil establecer sociedades, particularmente cuando existen ideas conflictivas sobre los mensajes que la educación relacionada al VIH puede transmitir. La experiencia internacional, anualmente, muestra claramente que los jóvenes responden mejor a un “menú de opciones para reducir los riesgos. Eso es mucho mejor que un mensaje que puede parecer condescendiente e hipócrita a los jóvenes, especialmente cuando el comportamiento de los adultos no está de acuerdo con lo ideal (más comúnmente de fidelidad y monogamia) que está siendo presentado.

En unos pocos países, la educación relativa al VIH está incluida en los cursos de entrenamiento de profesores. En mi país, el Reino Unido, por ejemplo aún no se hace. Como podemos, entonces, esperar que los profesores se sientan seguros cuando deben realizar este tipo de trabajo con los jóvenes, y como podemos tener la certeza de que están utilizando los abordajes más eficientes y actualizado? El entrenamiento profesional es hecho con más frecuencia, pero puede ser dirigido principalmente a hechos y datos concretos. En consecuencia, los profesores pueden sentirse bien preparados para hacer conferencias sobre VIH/SIDA, pero no para responder a preguntas sobre sentimientos, preocupaciones y temores, así como sobre los placeres del sexo.

Las relaciones de poder inherentes a los procesos contemporáneos de aprendizaje

Aunque las escuelas ofrezcan un ambiente propicio para realizar la promoción de la salud en relación al VIH entre los jóvenes, ellas también poseen ciertas características que entorpecen el éxito.

Queramos o no, las escuelas son instituciones jerárquicas, en que algunos tienen más poder, otros tienen menos. Eso limita el tipo de comunicación que puede ocurrir y el tipo de aprendizaje que acontece. Además de eso, y como en todas las situaciones donde hay desequilibrios de poder, las escuelas generan resistencia por parte de los alumnos. Eso puede tener como resultado el hecho de que algunos jóvenes no den valor a lo que los profesores les dicen y algunos de esos jóvenes acabará haciendo exactamente lo contrario de lo que le fue enseñado.

Es muy difícil eludir esas dificultades y establecer el tipo de diálogo abierto y productivo que precisa que exista entre los jóvenes y los más viejos. Con seguridad, es necesario definir un horario especial para la promoción de la salud relacionada al VIH y al Sida, para el establecimiento general de reglas básicas de confidencialidad que sean capaces de escuchar y respetar los puntos de vista de los jóvenes. La promoción de la salud relacionada al Sida no es una tarea que todos los profesores puedan asumir, y necesitamos reconocer eso en nuestra planificación del currículo.

También es necesario encontrar maneras de discutir abiertamente las contradicciones del comportamiento humano y las presiones que las personas sufren (incluyendo a los profesores) para comportarse de maneras que contradicen los ideales que cobijan. Los alumnos son los primeros en notar que los profesores que pregonan la abstinencia y la monogamia no ponen en práctica ellos mismos tales comportamientos. Los alumnos son los primeros en quejarse cuando hay una regla para ellos y otras para los adultos. Atención, no estoy defendiendo aquí que los profesores deban intentar evitar en sus acciones cualesquier elementos de contradicción. Eso es imposible. Lo que sí es posible, sin embargo, es examinar las ideologías y presiones que hacen que las personas se comporten de manera contraria a sus creencias, y que tornan tan difícil para los adultos cuanto para los jóvenes negociar una trayectoria segura en presencia de la epidemia.

Principios para obtener éxito

Revisiones recientes reunieron descubrimientos-clave sobre centenas de estudios que existen actualmente en el campo de la prevención del VIH. Ellos permiten identificar un conjunto de principios que indican los trabajos que surtieron efecto en este campo. En cualquier grupo, sabemos ahora cuan importante es:

- suministrar informaciones sobre como el VIH es y no es transmitido (pero no ser tan ingenuo a tal punto de creer que eso será suficiente para cambiar comportamientos);
- ofrecer actividades que estimulen a las personas a evaluar los riesgos que enfrentan personalmente (no riesgos hipotéticos que cualquiera puede tener que enfrentar);
- proporcionar entrenamiento en habilidades para comunicación sexual y (donde sea viable) negociación sexual; y
- ofrecer mayor acceso a recursos tales como preservativos y servicios de salud apropiados.

Esos principios constituyen el sine qua non de cualquier programa eficaz de prevención del VIH.

Las formas de prevención también necesitan ser adecuadas a las necesidades de determinados grupos. Cuando se trabaja con jóvenes, por ejemplo, es importante:

- llevar en consideración la diversidad de los jóvenes y sus necesidades;
- estimular la participación del joven en la planificación e implementación del proyecto;
- trabajar en un clima de franqueza que reconozca las realidades que los jóvenes enfrentan;
- focalizar la salud sexual de los muchachos, así como las cuestiones de salud sexual relativas a las muchachas;
- examinar los aspectos positivos de la salud sexual, bien como el embarazo no deseado y las enfermedades sexualmente transmisibles;
- promover una conscientización más amplia de los derechos sexuales y reproductivos; y
- promover un mejor acceso a la educación y servicios de salud.

Cuando se trata del contenido del currículo, la Unaid recomienda que las siguientes cuestiones sean abordadas:

- educación sobre las formas por las cuales el VIH es y no es transmitido (no son la misma cosa, una cosa es saber que el VIH es transmitido por el sexo sin protección, pero es completamente diferente saber como protegerse o al compañero contra esta transmisión).
- la importancia de la no estigmatización y no discriminación de personas con VIH y Sida y grupos afectados;

- la promoción de un menú de opciones para la reducción de riesgos, buscando al sexo más seguro y al uso más seguro de drogas (incluyendo la abstinencia, pero no restringiéndose a ella);
- educación a respecto de la asistencia y apoyo a personas que ya están viviendo con la enfermedad del VIH.

El descubrimiento de sus principios y su confirmación hecha por medio de estudios y pesquisas bien planificadas no debe estimular la complacencia, porque aún hay mucho a ser hecho para tornar su aplicación una realidad en todo el mundo. En algunos países todavía es difícil hablar con los jóvenes sobre el sexo, debido al temor de los adultos de que eso estimule la promiscuidad. En algunos países el sexo entre hombres continua siendo negado, simplemente porque no se atienen a los estereotipos y patrones occidentales. Y en algunos países las necesidades de la salud sexual y reproductiva de las mujeres no son atendidas, debido al deseo de silenciar cualesquier acciones que amenacen las prerrogativas y derechos sexuales de los hombres.

Algunos ejemplos de programas exitosos

Con colegas en la unidad de pesquisa Thomas Coram, en Londres, completé recientemente para la Unaid una revisión de Programas innovadores para prevención del VIH. Esta fue una de las varias revisiones para identificar lo que se aprendió durante la última década y media en relación a formas efectivas de prevención. No puedo dar aquí más que una idea de parte del trabajo que fue realizado en diferentes países alrededor del mundo. Sé que otros hablarán con más detalles sobre el trabajo reciente en la India y en Uganda.

No es necesario decir que algunos de los abordajes más eficaces al trabajo con jóvenes en las escuelas son aquellos que son culturalmente apropiados. En Tanzania, por ejemplo, un programa escolar llamado Ngao (escudo) fue planificado para reducir riesgos de infección por el VIH y reducir actitudes discriminatorias contra las personas viviendo con Sida. El programa consistía de informaciones concretas, afiches, canciones, poesía y dramatización para los alumnos más jóvenes, preparados por los estudiantes más viejos. Además del trabajo con estudiantes, fueron realizadas discusiones de grupo con líderes comunitarios y los padres. Hasta seis meses después del programa los alumnos que fueron expuestos al Ngao informaron aumentos significativos de conocimientos relativos al Sida y actitudes más positivas en relación a las personas con Sida, cuando fueron comparados a los que no lo fueron.

En Zimbawe, fue promovido un abordaje a la educación sobre el VIH basada en habilidades para la Vida. A partir de los 9/10 años de edad, los jóvenes exploran cuatro

temas principales: relaciones, crecimiento, habilidades para la vida, y salud. Las cuestiones examinadas varían desde discusiones sobre el papel de los dos sexos y el estupro a como lidiar con sentimientos y emociones y situaciones difíciles. La auto-estima y la auto-afirmación son estimuladas, y son explotados los medios más eficientes de comunicarse. Un tipo semejante de trabajo, enfatizando un abordaje de habilidades para la vida, fue realizado también en países del Sudeste Asiático, incluyendo Vietnam, donde había resistencia oficial a modos más explícitos de educación.

En Buenos Aires, jóvenes entre 14 y 19 años de edad fueron entrenados como multiplicadores y trabajan con otros jóvenes en escuelas, en la comunidad, en discotecas y otros lugares frecuentados por ellos. Su entrenamiento incluye educación sobre la sexualidad y los dos sexos, sobre reproducción y EST y Sida. Las evaluaciones hechas muestran que no sólo apenas los conocimientos y las actitudes de los multiplicadores mejoran después de la participación en el programa, sino también la de los jóvenes con los cuales ellos entran en contacto. El multiplicador tiene ciertamente un papel importante a desempeñar en nuestro trabajo con jóvenes. Pero los multiplicadores deben ser cuidadosamente seleccionados (para tener credibilidad), bien formados y entrenados, y recibir el apoyo necesario durante todo el proceso de multiplicación.

Conclusiones

Me gustaría identificar brevemente tres cuestiones-clave sobre las cuales pido a ustedes que reflexionen. Primero, necesitamos no olvidar nunca que los jóvenes tienen derecho absoluto al conocimiento y a los recursos que irán a permitir que se protejan y a los demás contra la infección. Nosotros, adultos, no tenemos el derecho de negarles el acceso a la información que necesitan y las habilidades que deben adquirir, simplemente porque creemos difícil hablar abierta y honestamente sobre sexo, sexualidad y uso de drogas.

Segundo, el trabajo exitoso proporciona a los jóvenes (y a los adultos también, en este caso) una gama de opciones de reducción de riesgo. No existe una solución única para la epidemia. Entretanto, hay muchas maneras de reducir los riesgos relacionados al VIH. Ellas incluyen abstinencia (para unos pocos), monogamia mutua cuando ambos compañeros saben después de un test de anticuerpos que son VIH-negativos, y el uso constante del preservativo. Cual constituye la mejor estrategia va a depender del individuo y de las circunstancias. Aunque nosotros, adultos, no tengamos el derecho de dictar cual de esas medidas deben ser usadas por los jóvenes, tenemos el derecho de presentar un "menú" realista de opciones para la reducción de riesgos, y tenemos la responsabilidad de apoyar a los jóvenes de ambos sexos en las decisiones que tomen.

Tercero, es importante acordarse de que no todos los jóvenes son iguales, y que la promoción de la salud exige cambio a medida que las personas adquieren nuevas experiencias. Consideremos el caso de un muchacho que está creciendo y será gay. Al inicio de la adolescencia, él precisa de apoyo para negociar y practicar sexo más seguro con mujeres y hombres. Él puede no estar seguro sobre su identidad sexual y sus necesidades. Su padre, sus hermanos más viejos y sus primos pueden presionarlo a hacer sexo heterosexual, para probar que es "hombre". Pero, a medida que crece, él puede necesitar de nuevas formas de apoyo para negociar con otros hombres, algunos de los cuales pueden ser mucho más viejos que él, para hacer sexo más seguro. Sus necesidades cambian a medida que se desarrolla su trayectoria de vida.

Consideremos también el caso de una joven heterosexual. A pesar de su deseo de continuar virgen, puede ser difícil para ella resistir a las presiones de sus amigas para tornarse sexualmente activa. Una vez sexualmente activa, puede ser difícil resistir a la estigmatización que acompaña el hecho de ahora ser considerada "fácil", disponible. Ella puede soñar con una relación estable. Pero, en esa relación, puede haber dudas en relación a la fidelidad del novio. Puede desear discutir eso con él, pero sentirse incapaz

de hacerlo con miedo de su posible reacción. En cada punto de su trayectoria de vida, diferentes tipos de apoyo serán necesarios, y los profesores y demás adultos precisan ser sensibles a esos cambios en el curso de su trabajo.

Sabemos que profesores tienen la capacidad de cambiar vidas. Ellos pueden ejercer una enorme influencia sobre lo que las personas piensan y hacen. Cuántos de nosotros hoy podemos acordarnos de un profesor que tuvo un efecto positivo en nuestras vidas? Casi todos nosotros, creo. Yo, por ejemplo, me acuerdo de un profesor de física, una materia que me asustaba y simplemente no lograba entender, que detuvo la clase para explicarme en particular algunas de las ecuaciones relacionadas con electromagnetismo que estaban siendo enseñadas al grupo. El resultado fue que mi vida cambió, pasé en las pruebas y entré en la Universidad de Oxford para estudiar medicina. Allí, otro profesor percibió que yo no lograba enfrentar la disección del cuerpo humano, que todos los estudiantes de medicina lograban realizar, y mi vida cambió de nuevo. Estudié psicología y después sociología, y estoy aquí, hoy. Al contrario de lo que algunas personas creen, los profesores son importantes, pero tienen una responsabilidad muy grande – prestar siempre atención a la necesidad que el individuo debe encontrar su propio camino en la vida, y dar apoyo, pero no intentar controlar o imponer su punto de vista.

5 – La Diseminación del Virus Vih entre las Mujeres Brasileñas

Wilza Vilela

Al aumento de la epidemia de VIH/SIDA debe haber una respuesta más efectiva que extrapole el simple repase de informaciones.

A pesar de los esfuerzos en el combate a la epidemia, la infección por el VIH continua expandiéndose en nuestro país, dentro de un patrón en que las poblaciones jóvenes son cada vez más afectadas y cuya predominancia es la transmisión sexual, asociada o no al uso de drogas inyectables.

En la ciudad de São Paulo, por ejemplo, el SIDA ya es la primera causa de muerte de mujeres en la faja de edad de 20-35 años y la segunda entre hombres de la misma faja de edad, lo que implica un considerable cargo económico y social⁽¹⁾. El Estado de São Paulo concentra todavía más de la mitad de todos los casos notificados en el país y ya se tiene registro de ocurrencia del SIDA en todos los otros estados de la Federación.

Es difícil tener una idea más precisa de la magnitud del problema, pues sería necesario que haya un sistema de registro y notificación de los casos, lo que no siempre ocurre. De la misma manera, en la medida en que sólo el SIDA es notificada y el impacto del VIH en el organismo varía mucho de persona a persona, es extremadamente difícil evaluar con más precisión la dimensión de la epidemia en nuestro país.

De cualquier modo, parece haber en Brasil, bien como en otros países de América Latina⁽²⁾, una tendencia al crecimiento de la epidemia entre las mujeres y entre los estratos más pobres de la población, generando, entre otros peligros, la expansión de la epidemia, que de espectáculo mórbido de actores exóticos se va transformando en uno de los tantos otros males que alcanzan a los pobres, en general, y a las mujeres pobres, en particular⁽³⁾.

De hecho, cuando se busca conocer a las mujeres afectadas por la epidemia, se verifica que la mayoría de los casos en São Paulo ha ocurrido con mujeres de baja escolaridad, de ocupaciones no-calificadas y no inmediatamente identificadas como pertenecientes a "grupos de riesgo". Aunque hasta 1990 los casos asociados al uso de drogas hayan sido más frecuentes, a partir de entonces la principal forma de transmisión pasó a ser la práctica heterosexual. De los casos notificados de mujeres, entre 83 y 92, 43,8% se refieren a mujeres con compañeros únicos y 37,2% a mujeres que se identificaban como "amas de casa".

El análisis de los casos individuales demuestra que no es una eventual desinformación en relación a la epidemia que torna posible la exposición al riesgo, como se podría suponer irreflexionadamente. En verdad, el camino que lleva a la transmisión del VIH es bien más complejo. Por ejemplo, con frecuencia las mujeres saben que corren riesgos de contaminación y no se previenen porque, en un contexto de diferentes riesgos y pocas perspectivas, la prevención al VIH no tiene sentido para ellas⁽⁵⁾. Otras veces, a pesar de estar informadas sobre las formas de transmisión, las mujeres no se ven en riesgo porque este está relacionado a situaciones de connotación moralmente negativa que, evidentemente, parecen estar delante de su realidad. Finalmente, algunas mujeres que se creen en riesgo y discuten el asunto con sus compañeros no logran hacer que estos admitan, de modo que la pareja pase a adoptar medidas de protección⁽⁶⁾.

Para algunas mujeres, todavía, el conocimiento de la soropositividad estimula el sentido de responsabilidad frente al compañero, y el preservativo, otrora de negociación y uso tan problemático, pasa a hacer parte de su escenario sexual sin mayores dificultades⁽⁷⁾. Esta es una forma curiosa de operación de la identidad de género: al colocar a la mujer como un ser-para-lo-otro, facilita, en un primer momento, su exposición al riesgo y, en un segundo, la superación de las trabas superiores, de modo a asumir un papel de protección al hombre.

La baja escolaridad, la exclusión del mercado de trabajo, la adherencia a papeles de género más tradicional y la idealización del amor y del casamiento constituyen un perfil que no es exclusivo de las mujeres soropositivas. Diferentes presiones socio-culturales-como la falta de perspectivas de auto-realización independientemente de una relación amorosa, su consecuente idealización y un patrón de comunicación entre los compañeros pautado en silencios parciales y en la no-valorización de su habla, entre otras razones – limitan la autonomía de la mayoría de las mujeres, construyendo un trayecto en el cual el VIH se disemina rápidamente.

Las respuestas a la epidemia entre las mujeres

El crecimiento de la epidemia del VIH entre la población femenina en Brasil no ha sido acompañado de un crecimiento proporcional de acciones encaminadas para su enfrentamiento. Existen grandes lagunas en lo que se refiere a la investigación y a servicios, y las acciones de prevención primaria también dejan mucho que desear. En el plano gubernamental, por ejemplo, son pocos los mensajes dirigidos específicamente a las mujeres. Además de eso, con frecuencia tales mensajes son irrealistas, cuando sugieren la reducción del número

de compañeros, la exigencia de uso del preservativo – por medio de actrices jóvenes, bonitas y caracterizadas de clase media y estudiadas – o aún la reivindicación de sangre de buena calidad en los servicios. La mayor parte de la población femenina del país tiene compañero único, es pobre, no tiene autonomía en sus vidas y en sus relaciones, bien como no tiene derecho a voz en los servicios de salud.

En el plano no-gubernamental, el escenario no es muy promisorio. Las ONGs/SIDA, aunque cuenten con un número creciente de mujeres en sus cuadros, no han dado prioridad al trabajo de intervención ante la población femenina, por diferentes razones. Además, el mantenimiento de los grupos de auto-ayuda para mujeres soropositivas-que podrían ser fuentes importantes de presión política y de subsidios para una comprensión más profunda de las especificidades de las mujeres frente a la epidemia – ha sido considerada como problemática por quien la realiza. La dificultad de asumir su status, de incorporar a lo cotidiano actividades que no están directamente relacionadas a la familia o al trabajo y los compromisos domésticos – eventualmente vueltos más pesados por el cansancio, necesidad de mayores cuidados de salud consigo misma y algunas veces también como el compañero – serían algunos determinantes de ese cuadro⁽⁸⁾.

En relación a las organizaciones feministas de Brasil, además del atraso en la incorporación de la cuestión de SIDA como un problema para las mujeres, hay cierta dificultad en el establecimiento de interfaces entre los temas que ya componen su extensa agenda de prioridades y las cuestiones suscitadas por el SIDA⁽⁹⁾. Aún con el desarrollo de proyectos de prevención primaria al VIH por algunos grupos, estimulados por la posibilidad de financiamiento por el Programa Nacional de EST/SIDA, y con la creación, en 1994, de la Comisión Mujer y SIDA, por la Red Nacional Feminista de Salud y Derechos Reproductivos (RNFSDR), el involucramiento del movimiento feminista en la lucha anti-SIDA aún está muy lejos del lo deseable o necesario. Situación semejante es verificada en otros países.

Entre tanto, es necesario considerar algunas particularidades de la actual escena política brasileña, de la cual la RNFSDR es uno de los actores, para que no se tome como una descalificación del problema. El feminismo hoy no es, prioritariamente, un movimiento “de base”, o popular, como hace veinte o diez años, y sus focos principales, se han desplazado para la producción teórica académica o formulación, implementación y fiscalización de políticas públicas dirigidas para la mujer. Sería necesario también llevar en cuenta la historia del movimiento feminista y de los movimientos d SIDA, bien como los estatutos actuales de cada uno, además de los intereses políticos y económicos que controlan sus acciones, para tener mayor claridad del difícil encuentro entre feminismo y SIDA.

Estrategias de prevención implementadas en el país

Las estrategias de prevención al VIH implementadas en el país por el sector gubernamental se caracterizan por amplias acciones de carácter informativo/prescriptivo⁽¹⁰⁾, dirigidos para segmentos poblacionales indiferenciados, como “jóvenes”, “población en general”, o, más recientemente, “hombres”. Aunque existan iniciativas aisladas de algunos servicios de salud o educación junto a la clientela, estas son suficientemente tímidas para que podamos afirmar que el Estado, de forma directa, desarrolle otros tipos de abordajes.

En el sector no-gubernamental hubo gran impulso para la realización de acciones de prevención al VIH, a partir del convenio establecido entre el Banco Mundial y el Programa Nacional de EST/SIDA, del Ministerio de Salud, que previa, entre otros objetivos, el apoyo a acciones anti-SIDA promovidas por ONGs. A lo largo de los tres años en que estuvo en vigor la competencia para financiamiento de proyectos, y considerándose básicamente los proyectos encaminados al Ministerio de Salud con esa finalidad, se verificó un progresivo desplazamiento de las acciones dirigidas al público en general y dirigidas para la diseminación de informaciones, para acciones destinadas a poblaciones más específicas – estudiantes, profesores, trabajadores de diferentes sectores, líderes comunitarios –aunque con los mismos objetivos.

Durante las competencias, los talleres de sexo más seguro pasaron a hacer parte de los proyectos presentados, aunque, en su mayoría, contasen más como estrategia técnica de repase de informaciones sobre el VIH/SIDA que como procedimiento metodológico de auto-fortalecimiento individual y grupal para el enfrentamiento de la epidemia.

Para las poblaciones consideradas “de riesgo”, el énfasis está dirigido al trabajo “cuerpo a cuerpo”, que, aunque con frecuencia esté también bastante centrado en el repase de informaciones, por su propia naturaleza exige un mayor involucramiento con la población-objetivo y el abordaje de otras dimensiones relacionadas a su cotidiano, que configuran su vulnerabilidad. Ejecutándose los proyectos dirigidos a los profesionales del sexo, los proyectos dirigidos a otros segmentos de la población femenina son considerablemente menos numerosos que los destinados a los demás recortes poblacionales⁽¹¹⁾.

Prevención al VIH: Informaciones, auto-estima y autonomía⁽¹²⁾

Las dos estrategias de prevención están organizadas predominantemente en torno del repase de informaciones sobre el VIH/SIDA y las formas de evitarlos. Se sabe, no obstante, que factores sociales interfieren en el proceso de salud/enfermedad, determinando caminos por los cuales se construyen diferentes estados de salud y bienestar.

Paralelamente, se entiende que es imposible dissociar la prevención al VIH de un abordaje dirigido para la promoción de la salud en un sentido más amplio, específicamente de la salud sexual. Esta perspectiva se justifica cuando se consideran situaciones concretas, como, por ejemplo, la interfase de la infección por el VIH con las EST y con los cánceres genitales y la práctica cada vez más frecuente de anti-concepción dicha de "alta eficacia" (DIU), contraceptivos inyectables de larga duración y esterilización femenina o masculina), que tiene como principal atractivo el hecho de "liberar a la mujer de la inquietud cotidiana de la prevención del embarazo", llevándola a distanciarse de las preocupaciones relacionadas a los demás riesgos asociados a la actividad sexual.

El enfrentamiento de esas cuestiones exige de los servicios de salud una agilidad e involucramiento que sólo se obtienen con una firme decisión política en esa dirección. En el caso de la población femenina, implica una propuesta de atención integral a la salud de la mujer y su implantación. Al mismo tiempo, en la medida en que los trayectos que llevan a una mujer a contaminarse son extremadamente complejos, la prevención al VIH/SIDA no puede estar restringida exclusivamente a la implementación de acciones de salud⁽¹³⁾, pues "el más pobre entre los pobres" tiene su cotidiano y el ejercicio de su sexualidad sometidos al deseo del otro. De esa forma, la prevención al VIH entre las mujeres debería incluir, además de las estrategias de repase de informaciones y de cuidados de salud sexual y reproductiva, estrategias de fortalecimiento individual, refuerzo de la auto-estima y estímulo a la autonomía.

Principales abordajes de las prácticas de prevención al VIH

Presentamos a seguir, los principales abordajes que vienen norteando las acciones preventivas de la epidemia de VIH/SIDA.

- Modelo de cambio de comportamiento – Propone un dado comportamiento a ser adoptado por los individuos, a partir del conocimiento del técnico (monitor o coordinador del taller) sobre la enfermedad. Ese modelo es fuertemente basado en la transmisión de

informaciones, independientemente de la técnica utilizada. La crítica a ese tipo de propuesta está enfocada en la impersonalidad, pues esta permite que la información sea distorsionada y no se traduzca en acciones efectivas de protección contra el VIH, o que sea decodificada de modo equivocado, reforzando creencias al VIH/SIDA. Ese abordaje tiende a ser traducido en acciones puntuales y no lleva en consideración aspectos socio-culturales y afectivos de los sujetos involucrados despreciando su potencial para construir el conocimiento necesario a los cambios de comportamiento pretendidos en las prácticas de prevención.

- Modelo de fortalecimiento de autonomía – Enfatiza el aprendizaje compartido, suponiéndose que la prevención al VIH/SIDA exige la incorporación de las informaciones a lo cotidiano de los individuos, a partir de la discusión y elaboración de sus miedos, preconcepciones y ansiedades. En ese proceso, las personas se conscientizan de las cuestiones referentes a la epidemia y desarrollan habilidades de acuerdo con una selección racional. Ese modelo estimula el uso de recursos individuales para ampliar los propios chances de ejercer la sexualidad sin riesgos, o reduciéndolos tanto cuanto sea posible. Cada persona es estimulada a explotar sus selecciones y posicionamiento en la sociedad. Para la utilización de ese modelo se debe considerar que factores estructurales, como género, raza, clase social y edad, pueden imponer límites reales a la autonomía personal, lo que exige un trabajo más sensible. Por eso se recomienda el cuidado analizar críticamente la relación entre las vivencias de cada uno y sus posibles determinantes externos.

- Modelo de orientación comunitaria - Presupone que el individuo no sea el único responsable por su salud. Así, él debe situarse en relación a un colectivo, que identificará los determinantes de los agravios a su salud, proponiendo acciones conjuntas para su enfrentamiento. En relación al SIDA, ese modelo ha sido especialmente exitoso cuando, es adoptado junto a algunos de los llamados “grupos de riesgo” (homosexuales masculinos, profesionales del sexo, hemofílicos). En un cierto sentido, también fue utilizado por el movimiento de mujeres, en los años 70.

- Modelo de transformación social – El punto de partida es la idea de que gran parte de los agravios a la salud está relacionada a una estructuración de la sociedad basada en el fomento a la desigualdad. En ese sentido, la organización de grupos en torno de las cuestiones de salud debe ser también un motor para el cambio social, y la intervención debería contemplar una actuación en el plano de las ideas, buscando disociar que es el conocimiento de que es directriz moral o ideológica, como, en el caso del SIDA, la cuestión de impedir intercambios de fluidos versus reducir el número de compañeros o posterior al inicio de la vida sexual. Este es un fuerte ejemplo de una prescripción moral

hecha en nombre de la epidemia que debe ser cuestionada, pues apenas la primera acción tiene efecto comprobado en la interrupción de la cadena de transmisión. Las mujeres tienden a tener compañeros estables y a iniciar la vida sexual, en promedio, con más edad que los hombres. Así, ese modelo intenta desmistificar preconceptos de toda orden e intervenir en el ámbito de las políticas públicas, mediante reivindicaciones involucrando desde la mejoría de los servicios hasta la transparencia en los procesos de acomodación de recursos para la sociedad.

Este “paseo” por los abordajes utilizados en la prevención al VIH y los presupuestos teóricos que las sustentan tiene como objetivo situar nuestra perspectiva en relación al contexto de las prácticas de talleres de sexo más seguro. Como vimos, esto, estos han sido frecuentemente utilizados como una técnica, independiente de la perspectiva teórica y metodológica que oriente el trabajo.

Entretanto, considerando la población para quien este trabajo está prioritariamente dirigido – las mujeres y el éxito apenas relativo de propuestas de enfrentamiento del VIH basadas fundamentalmente en la transmisión de informaciones, sugerimos que los talleres de sexo seguro para mujeres reasuman su lugar de origen: una metodología feminista de desconstrucción de identidades sexuales y sexuadas. Con eso, en un primer momento, estamos alineadas con los modelos de prevención al VIH basados en el auto-fortalecimiento. Y es en esa perspectiva que serán abordadas las cuestiones presentadas en los capítulos siguientes.

6 – Qué es la Evaluación?*

* Fundamentos de evaluación n.º 1 y 2 –
Colección ABIA (Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA).
Río de Janeiro, 2001.

No existe una definición comúnmente aceptada de evaluación; frecuentemente ella es definida de acuerdo con los diferentes contextos y situaciones donde es usada. Consecuentemente, muchas definiciones fueron desarrolladas por diferentes disciplinas y tipos de programa. Entretanto, para fines de esta revisión, evaluación será definida simplemente como un "proceso sistemático para determinar hasta que punto un programa o intervención alcanzó los objetivos pretendidos". Aplicable a la mayoría de las actividades organizadas de salud pública, esta definición sugiere varios componentes-clave de una evaluación de programa bien exitosa: objetivos y metas cuidadosamente definidos en el programa o intervención a ser evaluado, un sistema estructurado y consistente para coleccionar, analizar y relatar las informaciones, un método claramente definido para medir el grado de cambio resultante del programa o intervención y una estimación final para determinar si el objetivo final de la evaluación fue alcanzado.

La evaluación busca, en primer lugar, dirigir la acción, determinar si las actividades del programa atienden sus objetivos declarados, si son apropiadas y si están siendo efectivamente implementadas. Partiendo de esta perspectiva, la evaluación de los programas de prevención del VIH permite que los responsables por las decisiones mezclen sistemáticamente la efectividad de las estrategias e intervenciones para reducir la transmisión del VIH, basados en descubrimientos empíricos en lugar de abordajes más subjetivos.

Como fue rápidamente mencionado, un componente esencial de cualquier actividad de evaluación es identificar las metas y objetivos del programa o intervención antes que una actividad de evaluación pueda ser realizada. Una meta puede ser definida como "una declaración, comúnmente general y abstracta, de un estado deseado para el cual un programa es dirigido". La meta de un programa, en general sin un plazo o criterios mensurables. La meta general de la mayoría de los programas de prevención es reducir la tasa de transmisión del VIH en una determinada comunidad o alguna población-blanco (. Ej. Reducir la incidencia de VIH/SIDA entre profesionales de sexo en Tegucigalpa, Honduras).

Las metas de un programa también pueden ser focalizadas, relacionadas a intervenciones específicas (p. Ej. Aumentar el uso del preservativo entre profesionales del sexo en Tegucigalpa, Honduras). Los objetivos, al contrario, son declaraciones específicas,

operacionalizadas, detallando las realizaciones deseadas de un programa. Son más inmediatos que las metas, entre tanto, contribuyen para que la meta a largo plazo sea alcanzada, y son descritos en términos que pueden ser medidos con un período de tiempo específico durante el cual los resultados serán alcanzados. Los objetivos de los programas de prevención de VIH, generalmente, son presentados en términos de los resultados esperados de las actividades al nivel del programa (p. ej. Aumentar 20% en seis meses el número de profesionales del sexo en Tegucigalpa, Honduras, que informan haber usado preservativo en su último encuentro sexual).

Los indicadores son variables que indican el progreso que fue hecho en relación a una meta u objetivo. Muchas de las mayores organizaciones de desarrollo internacional clasifican los indicadores usados en evaluación de programas en diferentes tipos: insumo (recursos del programa), proceso (actividades del programa), rendimiento (resultados del programa) y resultado (resultados a nivel de la población). Muchas veces denominados indicadores de desempeño, los indicadores suministran a los gerentes y evaluadores criterios mensurables para determinar como sus programas están en relación a la obtención de los resultados esperados.

Los indicadores en general, suministran datos cuantitativos en forma de porcentaje, valor medio o número absoluto (p. ej. El porcentaje de profesionales del sexo que informan haber usado preservativo en su último encuentro sexual), pero pueden ser expresados en un formato si/no (p. ej. Un estudio-piloto de profesionales del sexo terminado: si/no) .

Conjuntos de indicadores, que en general están directamente ligados a actividades, objetivos y metas del programa, son una parte esencial de un sistema bien exitoso de monitoreo y evaluación del programa. Aunque no puedan ser claramente separados, el monitoreo en general se preocupa con la implementación continua de un programa y la evaluación se ocupa de la efectividad y del impacto del programa.

Monitoreo es definido como un rastreo rutinario de informaciones prioritarias sobre un programa y sus efectos planificados. Un sistema de monitoreo de programa puede incluir varios tipos de fuentes de información, como estadísticas de gerenciamiento y servicio, informes financieros, distribución de material, inventario de clientes y datos cualitativos, Al nivel del programa, el monitoreo efectivo permite que los gerentes estimen el progreso de su programa e introduzcan perfeccionamientos para alcanzar los objetivos y metas del programa (p. Ej. después de monitorear el rendimiento a mediados del programa, intervenciones objetivando profesionales del sexo y uso de preservativo son intensificados).

El monitoreo del programa es frecuentemente denominado evaluación de proceso, y será examinado en detalle más adelante

PORQUE LA EVALUACIÓN ES IMPORTANTE

Los responsables por las políticas, los gerentes de programa, los profesionales del área de salud y los activistas comunitarios vienen reconociendo cada vez más que el monitoreo y la evaluación de los programas del VIH benefician tanto a la comunidad como a la organización. Hay varios motivos por los cuales el monitoreo y la evaluación son importantes. Primero, proporcionan un abordaje sistemático para estimar y mejorar la efectividad de un programa de prevención. Segundo, el monitoreo y la evaluación pueden identificar los procesos por los cuales un determinado resultado es obtenido, de modo que estrategias e intervenciones bien exitosas puedan ser reproducidas en otras situaciones. Tercero, ayudan a los responsables por las decisiones a determinar si los recursos de un programa están siendo dirigidos con criterio o no. Y cuarto, actividades de evaluación cuidadosa pueden demostrar el éxito organizacional a la comunidad y a los responsables por las políticas, además de órganos financiadores actuales y potenciales, que frecuentemente exigen pruebas de los resultados de los esfuerzos de un programa como condición para continuar dando apoyo.

Aunque la utilidad de una evaluación de los componentes de los programas de prevención del VIH sea generalmente aceptada, los gerentes de programa de las organizaciones comunitarias muchas veces luchan en implementar actividades de evaluación. Frecuentemente, eso se debe a percepciones erróneas de las prácticas y propósito del monitoreo y evaluación de un programa. Una preocupación común es la de que la evaluación pueda desviar recursos financieros y humanos valiosos de los servicios de prevención directa. Entre tanto, los tipos más básicos de evaluación (p. Ej. de proceso) pueden presentar resultado útiles a partir de fuentes de datos ya existentes, con poco esfuerzo o gasto adicionales.

Para los tipos más exigentes de evaluación (p. Ej. formativa o de resultado), otras estrategias pueden ser usadas para reducir costos, como colaborar con otras organizaciones para realizar actividades de evaluación cooperativa o identificar otras fuentes de financiamiento. Además de eso, al determinar lo que funciona y lo que no funciona en un programa, los esfuerzos de evaluación benefician tanto a la población-blanco como a su equipo, al permitir que sea hecha una colocación más eficiente de recursos limitados.

Otra preocupación de la mayoría de las organizaciones comunitarias es la falta de experiencia del equipo para proyectar y realizar una evaluación de programa. Aunque muchos tipos de evaluación exijan investigadores entrenados y con experiencia, otros tipos de evaluación son basados en métodos prácticos y continuos de evaluación que absorben al equipo del programa, miembros de la comunidad y otras personas involucradas. Cuando las exigencias técnicas de una evaluación propuesta demandan asistencia externa, entre tanto, las organizaciones pueden buscar otras fuentes de conocimiento sobre evaluación, que pueden ser otras organizaciones involucradas con VIH/SIDA, secretarías municipales de salud, fundaciones del área y universidades locales.

Como muchas personas no comprende bien el propósito y los beneficios del monitoreo y de la evaluación, la resistencia presentada tanto por el equipo del programa como por los miembros de la comunidad constituye otra barrera bastante común para la realización de un programa de evaluación bien exitoso. Esas personas pueden estar preocupadas con el tiempo y los costos de la evaluación, y si ella pretende beneficiar al órgano financiador más que al programa o a la comunidad. Los miembros del equipo pueden estar recelosos de que estén siendo juzgados y sus empleos estén en riesgo. Para atender a tales preocupaciones y crear un ambiente de apoyo a la evaluación, los gerentes de programa y evaluadores necesitan pensar en abordajes que involucren y den poder a la comunidad y al equipo del programa en el proceso de evaluación.

Tales estrategias incluyen: establecer grupos consultivos en la comunidad para contribuir para la planificación y la implementación de la evaluación, realizar debates educativos sobre asuntos relacionados, seleccionar una metodología que estimule la participación del equipo en el proceso de evaluación y divulgar los resultados preliminares y finales de la evaluación entre el equipo y los miembros de la comunidad. Ese comportamiento de colaboración aumenta la probabilidad de que un trabajo de evaluación sea eficiente, además de intensificar su credibilidad.

TIPOS DE EVALUACIÓN

Evaluación Formativa

La mayoría de los especialistas en evaluación hacen distinción entre cinco tipos de evaluación: formativa, de proceso, de resultado, de eficiencia y de impacto. Debido a los desafíos metodológicos y a las necesidades de recursos, los dos últimos tipos

de evaluación en general no son realizados por las organizaciones comunitarias. Esta categorización es basada en cuando la evaluación está siendo realizada, que tipo de información está siendo colectada y la finalidad general de la evaluación. La evaluación formativa es un tipo especial de evaluación anticipada que ocurre durante y después de un programa haber sido desarrollado, pero antes que sea implementado. Es usada para entender la necesidad real de un programa o de una determinada intervención, para tomar decisiones experimentales sobre como implementar la intervención o mejorarla. La evaluación formativa puede ayudar en la selección y diseño de actividades y servicios apropiados para el programa, antes de la implementación, para que logren alcanzar mejor sus metas y objetivos.

La información necesaria para una evaluación formativa incluye tanto datos cuantitativos como cualitativos que puede ser extraídos de una variedad de fuentes, inclusive estadísticas de salud pública o datos de censos, cuestionarios de pesquisa y grupos de discusión con miembros de la población-blanco, entrevistas con personas-clave de la comunidad y revisión de la literatura científica.

En un programa de prevención del VIH/SIDA, por ejemplo, la evaluación formativa es usada frecuentemente para estimar la probable efectividad de las campañas de comunicación de masa antes de su lanzamiento para el gran público. Otros ejemplos; mediciones básicas de conocimientos y actitudes de una población-blanco en relación a **comportamiento de prevención** del VIH/SIDA, determinación de las necesidades de un sistema de preservativos en una determinada comunidad, test previo de diseño de cuestionarios, entrevistas con profundidad con el equipo y los participantes de un programa para identificar anticipadamente los problemas de implementación y test-piloto de un programa de intervención, en todo o sólo de lagunas partes, antes de su implementación rutinaria.

Se debe observar que las evaluaciones formativas pueden ser relativamente simples, o complejas y dispendiosas, dependiendo del diseño de pesquisa y de los métodos usados para determinar la intervención o programa a ser implementado.

EVALUACIÓN DE PROCESO

La evaluación de proceso es el tipo más básico de evaluación. Las evaluaciones de proceso estudian las maneras por las cuales los servicios o intervenciones son realizadas; son planificadas para describir lo que está sucediendo y no para establecer si

funciona o no. Involucra tres preguntas básicas: Lo que está siendo hecho? A quien está siendo hecho? Como está siendo hecho? El foco está en el monitoreo de las actividades del programa y si están siendo dirigidas a las personas correctas. Este tipo de evaluación generalmente comienza con la implementación de la intervención y continua durante su ejecución para determinar si la intervención está funcionando como fue planificado y, si no, para dirigir las acciones necesarias para mejorar el trabajo.

En la mayor parte de los casos, la evaluación de proceso requiere pocos recursos adicionales del programa y puede utilizar registros administrativos existentes y otros sistemas de información sobre las actividades en curso en el programa, siendo parte del diseño de pesquisa. Por ejemplo, los datos del programa usados en una evaluación de proceso de un programa de prevención de VIH/SIDA pueden incluir: el número de clientes que hicieron el test de VIH y recibieron consejos, el número de personas entrenadas para diagnosticar y tratar ESTs, el número de preservativos vendidos o distribuidos, o las características demográficas de los clientes del programa.

Además de estadísticas rutinarias de servicio y datos de indicadores, este tipo de evaluación también puede utilizar varios otros métodos para coleccionar datos, como discusiones temáticas de grupos, entrevistas e inventario entre el equipo y los participantes del programa, informes hechos por el personal del programa, y estudios narrativos de casos.

Los resultados de las evaluaciones de proceso son en general descriptivos e incluyen detalles de lo que sucede de hecho cuando la intervención o servicios están siendo realizados. Usando una mezcla de esas varias técnicas, una evaluación de proceso es extremadamente útil para explicar como y porque un programa "funciona" o no funciona; entre tanto, no puede demostrar si un programa está siendo realmente efectivo.

EVALUACIÓN DE RESULTADO

El tipo más común de evaluación es la evaluación de resultado. La evaluación de resultado determina la efectividad de un programa, demostrando hasta que punto logró producir los resultados deseados y alcanzar los objetivos declarados. Responde a las preguntas: "El programa o intervención funciona?" y "Es capaz de hacer la diferencia?" En relación a los programas comunitarios de prevención del VIH, la evaluación de resultados generalmente focaliza los efectos de un programa relativamente a corto plazo y si el modificó el conocimiento, las creencias, las intervenciones o comportamientos de una población-blanco específica. Muchos tipos diferentes de resultados pueden ser estimados, inclusive cognitivo (p. ej. conocimiento

sobre el VIH y sus modos de transmisión), de actitud (p. ej. percepciones sobre personas con VIH/SIDA) y de comportamiento (p. ej. cambios en el comportamiento personal o de grupo).

En comparación con las evaluaciones de proceso, una evaluación de resultado es más difícil de realizar porque mide los resultados de un programa de intervención. Puede también exigir mucho trabajo y ser caro, dependiendo de la complejidad del diseño de pesquisa de intervención a ser evaluada. Por ejemplo, en su forma más simple, una organización comunitaria podría hacer una evaluación de resultado de una actividad simple, como un seminario de prevención del VIH. Podría intentar medir cuanto el grupo-blanco en cuestión aprendió durante el seminario usando técnicas como tests previos y posteriores y entrevistas con los participantes. Entre tanto, otras evaluaciones de resultado son más complejas que eso, especialmente si la intervención involucra un cierto número de mediciones de los resultados del programa y una población-blanco mayor, o intentos de medir el cambio de comportamiento. Además, de mostrar hasta donde un programa está alcanzando sus objetivos, las evaluaciones de resultado deberían ser capaces de demostrar cuales actividades del programa fueron directamente responsables por los efectos observados y descartar cualesquier otras explicaciones plausibles para los resultados.

Para poder atribuir los cambios en los niveles de conocimiento y, particularmente, en los comportamientos de una población-blanco solamente a un programa o intervención específica es necesario un diseño experimental extremadamente complejo y, sin asistencia externa, este tipo de pesquisa para evaluación está más allá de las capacidades de la mayoría de las organizaciones comunitarias. Otros tipos menos rigurosos de evaluación de resultados, entre tanto, pueden ser realizados por organizaciones comunitarias a partir de una gran cantidad de variables, proporcionando informaciones valiosas sobre la efectividad del programa.

EVALUACIONES DE EFICIENCIA

Las evaluaciones de eficiencia examinan la relación entre los resultados y los costos de un programa a fin de determinar si los recursos financieros están siendo gastados de forma eficiente. Proporcionan a los gerentes de programas y responsables por las políticas informaciones para la toma de decisiones sobre adecuación de recursos.

Los dos tipos principales de evaluación de eficiencia son el análisis de costo-beneficio y el análisis en términos de costo. Ambos ofrecen una estructura de referencia para relacionar los costos a los resultados del programa.

El análisis de costo-beneficio exige que los resultados del programa, además de los costos, sean expresados en términos monetarios. Es usado para determinar si los beneficios económicos de un programa social tienen más valor para la sociedad que los costos financieros y permite que diferentes tipos de programa (p. ej. salud, educación, agricultura) con resultados diferentes sean comparados porque todos los resultados son medidos usando el mismo patrón monetario. En un programa de prevención del VIH, el análisis de costo-beneficio puede focalizar la diferencia entre los costos del programa y el dinero ahorrado con gastos de tratamiento para las personas que de otra forma se habrían tornado infectadas sin la intervención del programa. En muchos casos, sin embargo, la aplicación de este abordaje a los programas de prevención del VIH es técnicamente desafiador y también controvertido, debido a la dificultad de atribuir valores monetarios a ciertos resultados de salud y en particular a la propia vida humana.

El análisis de la eficiencia en términos de costos es usado con más frecuencia en la evaluación de los programas comunitarios de prevención de enfermedades de que el análisis de costo-beneficio. En este tipo de evaluación apenas los costos del programa son calculados en términos monetarios; los resultados son expresados en términos substantivos o físicos, tales como el costo necesario para prevenir una infección por el VIH o entrenar a un agente de salud. Permite que los responsables por las decisiones determinen si el beneficio (o resultado) de un programa de prevención o intervención específica de prevención del VIH vale lo que cuesta. Por ejemplo, una evaluación de eficiencia en términos de costo de un programa de prevención de EST/SIDA entre mujeres profesionales del sexo en Nairobi, Kenia, estimó que el programa evitó de 6 mil a 10 mil nuevos casos entre clientes y compañeros sexuales de clientes a un costo de US\$8 a US\$12 por infección de VIH evitada. Puede también ser usada para comparar la eficiencia de diferentes estrategias de prevención para alcanzar el mismo resultado. En los Estados Unidos, un estudio de eficiencia en términos de costo, realizado entre usuarios de drogas inyectables, determinó que el costo de evitar una infección por el VIH era menor para un cambio de jeringas y un programa de consejos/educación y test de VIH (cerca de US\$13 mil).

Estos ejemplos demuestran la utilidad del análisis de eficiencia en términos de costo en los programas de prevención del VIH. Sin embargo, este tipo de evaluación es complejo y exige personal con un alto nivel de experiencia técnica. Semejante a la evaluación de resultado, el análisis de eficiencia en términos de costo también mide la efectividad de un programa, pero extiende el análisis acrecentando la medición de los costos del programa. Debido a las complejidades metodológicas, la mayoría de los

especialistas en evaluación cree que las organizaciones comunitarias deben atrasar las evaluaciones de eficiencias hasta que hayan adquirido más experiencia con evaluaciones formativas, de proceso y de resultado.

EVALUACIÓN DE IMPACTO

La evaluación de impacto es una evaluación que focaliza los efectos finales generalizados de un programa sobre una población-blanco más amplia, además de los participantes directos inmediatos del programa. En este tipo de evaluación, un programa de prevención podría intentar determinar si sus actividades, o una intervención específica, fueron realmente capaces de reducir la incidencia del VIH o aumentar el uso de preservativos en una comunidad.

Para ser conducidos eficazmente, estudios de impacto requieren grandes cantidades de recursos financieros y profesionales. Además de eso, son enormes los desafíos metodológicos, especialmente los relacionados a la atribución programática. Es prácticamente imposible atribuir cambio de comportamiento a esfuerzos de un único programa, ya que las poblaciones o comunidades en cuestión fueron expuestas a los medios de comunicación y a otras fuentes de información sobre VIH/SIDA, amigos y parientes con VIH y SIDA, y otras actividades nacionales y locales de prevención, además del programa que está siendo evaluado.

Consecuentemente, estudios de impacto de programas de prevención de VIH a nivel comunitario son raros y, a excepción de unas pocas organizaciones, jamás se esperaría que organizaciones trabajando a nivel de la comunidad condujeran ese tipo de evaluación.

TÉCNICAS PARA COLECTAR Y ANALIZAR DATOS PARA EVALUACIÓN

La actividad de evaluación depende de la disponibilidad de datos extraídos de una variedad de fuentes. De una forma ideal, la evaluación de un programa debería incluir metodologías tanto cuantitativas como cualitativas para la colecta y análisis de los datos. La selección del tipo de abordaje depende de la actividad del programa a ser evaluado. La mayoría de los especialistas en evaluación estaría de acuerdo que los diferentes métodos cuantitativos y cualitativos deberían ser considerados complementarios, y no mutuamente exclusivos. Sin embargo, se ha discutido cual es el mejor abordaje. Grande parte de esta controversia tuvo origen en concepciones erróneas sobre la finalidad de cada abordaje.

Los métodos cuantitativos, que dependen de datos que pueden ser contados (esto es, números), pretenden producir datos factuales confiables sobre efectos y resultados generalizables a poblaciones mayores; en cuanto los métodos cualitativos, que coleccionan datos bajo forma narrativa, pretenden suministrar datos altamente detallados y válidos al nivel del programa, que puedan ser usados para entender, en vez de cuantificar, factores como la forma por la cual el programa es percibido y como o porque el alcanza sus efectos. Las principales diferencias entre los métodos cuantitativos y cualitativos son resumidas en el siguiente cuadro:

Diferencias entre los métodos Cuantitativo y Cualitativo

Cuantitativo	Cualitativo
Describe "Cuántos?" y/o "Con qué frecuencia?"	Describe "Cómo y Por qué?"
Suministra datos numéricos y estadísticos que permiten interpretaciones similares hechas por diferentes evaluadores	Suministra datos sobre percepciones, creencias, valores, etc., que pueden ser interpretados de varias maneras por diferentes evaluadores
Exige muestras grandes, de preferencia con selección aleatoria	Permite muestras más limitadas, generalmente sin selección aleatoria
Generalmente requiere personal con experiencia en métodos estadísticos	Exige la participación de personal con experiencia en el análisis de datos cualitativos, y no estadísticos
Los resultados pueden ser generalizados para todo el total de la población-blanco	Los resultados no pueden ser generalizados con confiabilidad estadística
Usa principalmente preguntas cerradas con respuestas limitadas	Usa más preguntas abiertas
Suministra respuestas menos "profundas" sobre asuntos delicados (p. ej. sexuales)	Permite respuestas más "profundas" sobre asuntos delicados (p. ej. sexuales)

Para obtener un resultado de la mejor calidad, deben ser usadas metodologías tanto cuantitativas como cualitativas en la práctica de evaluación de gran cobertura de programas. En últimos análisis, sin embargo, la selección de las estrategias de evaluación de los objetivos, plan y recursos disponibles.

FUENTES DE DATOS CUANTITATIVOS ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS (INVENTARIO)

Las fuentes más comunes de datos cuantitativos en la evaluación de un programa son las entrevistas estructuradas (o inventarios), los cuestionarios auto-aplicados, las estadísticas sobre los servicios del programa y otras fuentes secundarias de datos.

Las entrevistas estructuradas son realizadas por un entrevistador entrenado, que usa un cuestionario modelo para aplicar un conjunto de preguntas predeterminadas exactamente de la misma manera y en la misma secuencia da una muestra de personas, en general seleccionada aleatoriamente a partir de una población-blanco específica. Las respuestas son cerradas, esto quiere decir, cada respuesta es anticipada y pre-codificada, lo que permite que los datos colectados puedan ser analizados por computadora. Si la muestra es lo bastante grande para permitir un análisis estadístico, las informaciones pueden ser expandidas para una población mayor.

Esta técnica, también conocida como estudios de CAP (Conocimiento, Actitudes y Práctica), es en general aplicada a un número mayor de informantes, a fin de trazar el perfil de una población-objetivo en términos de conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos. Sin embargo, los cuestionarios estructurados de los inventarios pueden ser usados con grupos-objetivo menores, como los participantes de un programa de intervención para obtener informaciones valiosas sobre un número limitado de cuestiones, aunque los resultados no puedan ser generalizados.

CUESTIONARIOS AUTO-APLICADOS

Los cuestionarios auto-aplicados son semejantes a las entrevistas estructuradas porque usan un cuestionario altamente estructurado con respuestas cerradas y previamente codificadas. La ventaja es que esta técnica es más barata y exige menos tiempo que las entrevistas porque no demanda personal entrenado. Sin embargo, los cuestionarios auto-administrados tienen muchas limitaciones. Primero, exigen que los informantes lean y escriban lo bastante bien para llenar ellos mismos el cuestionario. Además de esto, aún entre informantes alfabetizados, existen otros problemas con los cuestionarios auto-aplicados; las instrucciones o preguntas pueden ser más fácilmente mal interpretadas sin la presencia de un entrevistador para explicarlas; no todas las preguntas pueden haber sido respondidas; más allá de las dificultades de incorporar varias secuencias de preguntas (p. ej. "Si la respuesta a la pregunta 12 es 'sí' pase a la pregunta 13; si no, salte a la pregunta 18").

DATOS SECUNDARIOS

La información colectada de acuerdo con las dos técnicas mencionadas anteriormente es referida como datos primarios, porque esos datos fueron colectados recientemente durante una actividad de evaluación. Sin embargo, puede haber lo que se llama datos secundarios, o sea, datos ya existentes que pueden ser bastante útiles cuando se hace una evaluación. Una fuente importante de datos secundarios son las estadísticas de los servicios del programa. Se trata de informaciones colectadas rutinariamente por muchos programas para documentar los servicios y actividades que ofrecen.

Los registros del programa puede suministrar informaciones esenciales para cualquier esfuerzo de evaluación, particularmente para la evaluación de procesos. Pueden incluir informaciones sobre el número de participantes en varias actividades del programa, el tipo y número de actividades realizadas, materiales producidos y distribuidos por el programa y datos demográficos.

En los programas de prevención del VIH/SIDA, las estadísticas de servicio quedan registradas de varias maneras, dependiendo del tipo de actividad de intervención, por ejemplo: registros administrativos de clínicas de ESTs, informes de actividades de prevención, registros de entrenamiento de agentes de salud y voluntarios, planillas de intervenciones, materiales educativos producidos y divulgados, preservativos distribuidos o vendidos, etc.

La mayoría de los programas usa algún tipo de sistema de registros para monitorear sus actividades e informar sobre resultados a los órganos que financian esas actividades. Sin embargo, sin un monitoreo cuidadoso de la calidad, los datos sobre servicios del programa frecuentemente pueden ser registrados de forma incompleta o imprecisa y por esto pueden no ser confiables para fines de evaluación. A pesar de eso, las estadísticas de servicios que fueron estandarizados y están siendo colectadas y agregadas de manera continua pueden representar una fuente importante de informaciones en la evaluación de un programa.

Otras fuentes de datos cuantitativos secundarios son los censos y las estadísticas de salud pública, además de los estudios epidemiológicos, de vigilancia sanitaria y del CAP realizados por órganos gubernamentales estatales o municipales o por organizaciones no-gubernamentales regionales (ONGs).

Esos datos pueden ofrecer informaciones valiosas sobre aspectos demográficos de la población en general, además de informaciones relativas al SIDA/VIH/ESTs en un área-objetivo específica, tales como el número de casos de SIDA notificados, tasas de prevalencia de ESTs, incidencia estimada del VIH y mediciones básicas sobre el nivel de los conocimientos y comportamientos de riesgo en determinadas poblaciones. Para fines de evaluación, estos tipos de datos pueden representar una forma barata de obtener informaciones básicas sobre una población-objetivo y promover el establecimiento de contactos y el intercambio de información entre organizaciones. Conjuntos de datos de pesquisa y de población ya existentes, entre tanto, son más útiles para fines de planificación del programa, y no para actividades prácticas de evaluación, que exigen fuentes primarias de datos.

FUENTES DE DATOS CUALITATIVOS

En el inicio de la epidemia de VIH/SIDA, los programas de prevención con actividades de monitoreo y evaluación en general usaban métodos cuantitativos para evaluar la eficiencia de las intervenciones sobre el comportamiento. Fueron colectados datos sobre el comportamiento y actitudes sexuales entre poblaciones-objetivo para cuantificar resultados específicos de los programas, como el uso del preservativo, número de compañeros sexuales y niveles de conocimiento sobre VIH/SIDA.

Sin embargo, debido a cuestiones complejas, relacionadas a cambio de comportamiento y a la naturaleza de la sexualidad individual, las informaciones cuantitativas no conseguían explicar enteramente porque algunas intervenciones eran eficaces y otras no. Consecuentemente, estrategias de evaluación de programas comenzaron a utilizar cada vez más abordajes cualitativos para intentar comprender el comportamiento individual y los factores sociales, económicos, culturales y políticos que los afectan.

Entrevistas en Profundidad

Las técnicas cualitativas más ampliamente usadas en la evaluación de un programa son: entrevistas en profundidad, entrevistas con grupos de discusión y observaciones. Entrevistas en profundidad son conversaciones individuales entre el entrevistador y el entrevistado, este último seleccionado por atributos determinados (por ejemplo: cliente, prestador de servicio, líder comunitario, informante-clave, etc.).

El entrevistador tiene un conjunto de preguntas que sirven de orientación para la discusión, pero posee flexibilidad para formular las preguntas con sus propias palabras y en la secuencia que le parezca más adecuada en el curso de la entrevista. El entrevistador también hace preguntas relativas a los comentarios del entrevistado y le dá seguimiento a cualesquier tópicos que puedan tener interés. Al contrario del cuestionario cuantitativo, cuyas respuestas son simplemente si o no, las preguntas en este tipo de entrevista son abiertas, lo que permite todo tipo de respuesta posible.

En la evaluación de los programas de prevención, la entrevistas individuales representan un método de coleccionar informaciones más profundas sobre actitudes, motivaciones y sentimientos de los participantes del programa sobre cuestiones delicadas relacionadas al VIH/SIDA, además de permitir la obtención, junto a los clientes, miembros del equipo e informantes-claves, de un entendimiento valioso para desarrollar y mejorar intervenciones específicas del programa. Además, este método puede ser usado para coleccionar datos cualitativos para evaluación de procesos o evaluación formativa de mensaje en los medios de comunicación de masa, material educativo o ideas preliminares para intervenciones entre poblaciones o pequeños grupos.

La desventaja principal de la entrevista en profundidad es que ella exige un entrevistador entrenado y con experiencia, con conocimiento sobre los programas y preguntas-clave, que sea capaz de dar seguimiento a las respuestas con sus opiniones al entrevistado, de forma a no influenciar las respuestas. En segundo lugar, las entrevistas en profundidad exigen una inversión substancial de tiempo y dinero para obtener un número relativamente reducido de entrevistas, que necesitan ser grabadas y transcritas posteriormente para análisis.

Grupos de Discusión

Los grupos de discusión son una manera más eficiente de coleccionar datos cualitativos que las entrevistas en profundidad con individuos, porque este método exige menos tiempo y personal para obtener informaciones entre un grupo de personas, en vez de una sola persona, aumentando así el tamaño de la muestra.

Los grupos de discusión son entrevistas cuidadosamente planificadas con 6 a 12 personas de una población-objetivo para discutir un tópico específico con un moderador, el moderador usa un conjunto de preguntas pre-establecidas para dirigir la discusión, pero no necesita seguir una determinada orden o una forma de expresión en las preguntas.

Los participantes del grupo son seleccionados para componer un grupo más homogéneo posible, en relación a características individuales (esto es, sexo, edad, educación, etc.) y experiencia cuanto al tópico determinado, para proporcionar una atmósfera confortable para una discusión abierta.

El moderador intenta minimizar la influencia de los miembros más dominantes y hablantes, estimulando a todos a participar de la discusión y expresar sus propios puntos de vista en el contexto de los puntos de vista de los demás. A través de la interacción de los participantes, el objetivo de los grupos de discusión es generar informaciones detalladas y significativas sobre el tópico seleccionado.

En la evaluación de los programas de prevención del VIH, los grupos de discusión son usados para varias finalidades: obtener informaciones sobre el contenido y lenguaje a ser usados en los cuestionarios de inventario del CAP; probar materiales educativos y mensajes para los medios de comunicación de masa antes de su producción o diseminación en gran escala; determinar las percepciones de una población-objetivo sobre las operaciones de un programa de prevención; entender mejor los estimados de una evaluación cuantitativa; o determinar los cambios que ocurren en una población-objetivo como resultado de un determinado programa de prevención.

Observación Directa

En cuanto a base de las entrevistas en profundidad y de los grupos de discusión consiste en hacer preguntas y analizar respuestas, las técnicas de observación involucran la colecta de datos a través de la observación de una actividad o comportamiento individual en el ambiente social en que está ocurriendo. Los datos de observación permiten que el evaluador logre entender cuando se usan las percepciones de otras personas, obtenidas en entrevistas.

En la evaluación de un programa, las técnicas más frecuentemente usadas para colecta de este tipo de datos cuantitativos son la observación directa, el abordaje simulando ser un cliente y la observación etnográfica.

La observación directa es la observación hecha en el lugar de una actividad del programa, conducida por un observador con experiencia, para monitorear si la actividad está siendo bien realizada. Las informaciones colectadas dependen de la actividad que está siendo observada, pero pueden incluir el orden en que los eventos suceden y el tiempo destinado para cada uno, las reacciones y comportamientos de los participantes o las acciones

del personal del programa. La colecta de datos puede ser registrada sistemáticamente y de manera uniforme, aunque varios métodos puedan ser utilizados. Por ejemplo, el observador puede usar una lista de control pre-establecida para estimar el desempeño de un prestador de servicio, lo que simplifica el análisis y aumenta la probabilidad de diferentes observadores presentar informaciones consistentes.

En otros casos, el observador toma notas detalladas y después prepara una descripción narrativa de lo que fue observado. Algunas informaciones pueden ser cuantificadas (por ejemplos listas de control de desempeño), entre tanto, como en todos los métodos cualitativos, la colecta y análisis de datos de observación pueden ser muy objetivos y los resultados dependen bastante de la habilidad y experiencia del observador.

Otra limitante del método de observación directa es que la presencia de un observador es generalmente de intruso y puede alterar los comportamientos del equipo del programa o de los participantes en observación. Sin embargo, la mayoría de los evaluadores creen que este tipo de observación puede ser empleado sin afectar la validez de la evaluación, si hay sensibilidad en relación al problema del efecto causado por el observador.

A pesar de las limitaciones técnicas de observación directa pueden ser una fuente valiosa de datos en la evaluación de un programa de VIH/SIDA. Por ejemplo, este abordaje podría ser utilizado para evaluar la calidad de una presentación educativa para la comunidad, un seminario de entrenamiento para miembros del equipo o voluntarios de un programa, respuestas a las llamadas hechas a una "línea directa" de informaciones sobre VIH/SIDA, o una sesión de consejos sobre sexo seguro o prácticas de inyección de drogas.

Ciente Simulado

En respuesta a la crítica de que el equipo o los participantes de un programa pueden reaccionar de forma diferente si estuvieran conscientes de estar siendo observados, los investigadores desarrollan otra técnica de observación para evaluar programas sociales. El abordaje del cliente simulado o "misterioso" es una técnica en que una persona se presenta como cliente para determinar la calidad de los servicios que están siendo prestados por el equipo del programa, que no sabe que está siendo observado.

La ventaja de esta técnica es que un programa o actividad puede ser evaluado en "condiciones normales" por el observador desconocido, a fin de obtener informaciones a partir de la misma perspectiva de los clientes. En este método, los datos de observación

son anotados al dejar el lugar de la actividad, ya sea por el observadora a quien el servicio le fue prestado, o por un entrevistador que interroga al cliente simulado. Así como en la observación indirecta, una lista de control es usada frecuentemente para permitir que ciertos datos sean cuantificados.

Este método, sin embargo, es usado con menos frecuencia que la observación directa debido a varias limitantes. Primero, existe una duda sobre si los clientes simulados pueden registrar con precisión todas sus observaciones después de dejar el lugar de la actividad. Segundo, si el cliente simulado es detectado por el equipo del programa, la observación es interrumpida y el futuro uso de esta técnica en la actividad de evaluación puede quedar amenazado. Y, finalmente, el equipo de gerenciamiento del programa puede sentirse falto de voluntad con esta metodología, porque se parece con el "espionaje". Esta actitud, sin embargo, puede ser minimizada, informándose antes al equipo que esta técnica será utilizada, sin especificar la fecha exacta. En la evaluación de los programas de prevención del VIH/SIDA, el abordaje del cliente simulado puede ser útil para evaluar los servicios de test del VIH, dando consejos a los prestadores de servicio en clínicas de ESTs.

Observación Etnográfica

La observación etnográfica se desarrolló como un método de colecta de datos en la evaluación de programas a partir de las tradiciones de la antropología. Como en la pesquisa antropológica, la colecta de datos etnográficos involucra trabajo de campo intensivo, en el cual el pesquisador participa y observa los eventos de todo el día en la comunidad o grupo siendo estudiado durante un período de tiempo relativamente largo. El propósito es que el pesquisador establezca una relación de armonía y confianza con los objetos del estudio y observar comportamientos, redes sociales, y eventos en un ambiente natural.

Este método. Sin embargo, generalmente exige un largo período de tiempo para ser realizado porque depende del desarrollo de relaciones de confianza entre el pesquisador y la población-objetivo. Sin embargo, esta interacción da al pesquisador acceso a informaciones sobre comportamientos, el contexto en que ocurren y el vocabulario usado para describirlos.

En la prevención del VIH, la observación etnográfica es una herramienta particularmente útil para reunir informaciones sobre poblaciones de difícil acceso, como usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y hombres que hacen sexo con hombres (HSH). Ella ha sido usada de forma eficiente en pesquisa formativa para desarrollar mejores cuestionarios cuantitativos, material educativo y estrategias de intervención

para esas poblaciones de alto riesgo. Por ejemplo, un estudio antropológico de hombres mejicanos confirmó que muchos hombres que practican sexo con hombres pueden no ser considerados gays o bisexuales, porque en la relación anal desempeñan el papel activo, y no el pasivo, que por los patrones sociales mejicanos es considerado homosexual.

Consecuentemente, se concluyó que las medidas de prevención del VIH/SIDA debería ser desarrolladas para alcanzar a esta población de riesgo que no se identifica como que es gay. En otro ejemplo, observación etnológica y otras técnicas cualitativas fueron utilizadas durante un período de seis meses entre profesionales del sexo en Bombay, India, para coleccionar informaciones sobre comportamientos de riesgo, a fin de desarrollar un plan estratégico para actividades de prevención de VIH/SIDA. La colecta de datos etnográficos es diferente en la pesquisa de VIH/SIDA porque ofrece una estructura básica para entender mejor los comportamientos sexuales y de uso de drogas en un contexto cultural, que incluye aspectos sociales, económicos y políticos.

Triangulación

Como fue posible percibir por las descripciones arriba, cada tipo de método cuantitativo e cualitativo posee sus puntos fuertes y débiles. Por tanto, para compensar los puntos débiles de un único tipo de colecta de datos, sería ideal utilizar siempre que sea posible muchas fuentes de información, tanto cuantitativa como cualitativa, en la evaluación y pesquisa de programas. El uso de varios métodos y fuentes de datos para evaluar una intervención o un programa específico es llamado de triangulación.

Además de compensar las debilidades inherentes a una metodología única, la triangulación puede aumentar la validez y la credibilidad de los hallazgos durante una evaluación, si los resultados producidos por los diferentes métodos son los mismos. Además de eso, la combinación de varios tipos de colecta de datos puede proporcionar un retrato más completo de la intervención o programa que está siendo evaluado.

Por ejemplo, la triangulación de datos fue usada para hacer una evaluación de proceso y de resultado de una intervención entre parejas para prevención de EST/SIDA realizada por una organización comunitaria, que escogió como objetivo un área de un parque público en Londres, Reino Unido, frecuentada por hombres que van allá para encontrar compañeros masculinos. La finalidad principal de la intervención fue promover prácticas sexuales más seguras entre los hombres que se encuentran en el parque, a través de la distribución de preservativos y material educativo. Fueron empleados varios métodos de pesquisa en la evaluación, inclusive cualitativos (esto es, observación directa,

entrevistas en profundidad, grupos de discusión) y cuantitativos (esto es, inventarios, datos de distribución de preservativos, registros administrativos).

Este tipo de abordaje de triangulación, utilizando varios métodos, permitió una perspectiva de cobertura de esa intervención, que de otra forma podría no haber sido posible debido a las dificultades de realizar pesquisas entre esa población difícil de alcanzar.

En Lima, Perú, fue hecha una triangulación para evaluar la percepción de riesgo del VIH/SIDA en una muestra de más de 500 adolescentes. La pesquisa cuantitativa del CAP mostró que el VIH/SIDA no era percibido como un riesgo por la muestra y que el uso de preservativo era limitado. Sin embargo, fue a través del uso de dramatizaciones, entrevistas en profundidad y grupos de discusión que los investigadores lograron entender mejor "por que" esos resultados ocurrieron. Combinar los varios tipos de técnicas de colecta de datos representa una estrategia importante en la pesquisa y evaluación de programas y puede ofrecer un mayor entendimiento de los esfuerzos de prevención.

DESAFIO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EN VIH/SIDA: ALGUNAS SUGERENCIAS A MODO DE CONCLUSIÓN

Los programas de VIH/SIDA ofrecen enormes desafíos para la evaluación. Muchos de estos desafíos son extensivos a otros objetos de intervención en salud. Creo que las especificidades de los programas pueden auxiliar la elaboración de nuevas y mejores estrategias para muchos otros programas, esto porque la intervención en SIDA torna cuestiones, hace mucho presentes en la salud pública, agudas y públicas, tales como la dificultad de integración de prácticas colectivas e individuales, la insuficiencia de los instrumentos tecnológicos habituales para lidiar con varias dimensiones del sufrimiento humano o aún la emergencia de dilemas éticos y morales en la asistencia a los enfermos articulada a una gran velocidad en la incorporación de tecnologías materiales.

Las prácticas de evaluación pueden auxiliar a identificar superaciones para algunas de estas cuestiones. En esta dirección, ofrecemos al debate algunas sugerencias de aproximación en evaluación, potencialmente responsivas relacionadas a los dos grandes conjuntos tecnológicos de los programas, la prevención y la asistencia.

El área de la prevención reúne una serie de atributos que dificultan enormemente la evaluación. En la base todos ellos está la conocida dificultad en evaluar con las prácticas educativas. Aquí, los requisitos metodológicos de las "buenas evaluaciones" de las cuales tratamos al inicio (objetividad, validez, responsabilidad, etc.) son tan "desarmónicos" entre sí. Se articula todavía a esto dificultades de muchos ordenes en la definición tanto de la "buena práctica" como de resultados o impactos. Para dificultar aún más, las prácticas tienen un bajo nivel de normatización, además de operar en múltiples sitios con instrumentos y agentes muy diversos.

Un proceso de evaluación de las actividades de prevención podría, por ejemplo, basarse en ciclos sucesivos de discusión y de negociación acerca del modelo de evaluación. Estos ciclos se inician por la formación de consensos (y "disensos") sobre el programa (o conjunto de actividades) basados en las representaciones empíricas sobre experiencias y significados del programa y sus efectos: usuarios directos e indirectos; agentes de trabajo, gerentes y administradores, representantes de otras instituciones y proyectos articulados al programa, no usuarios interesados, et. (por ejemplo: jóvenes escolares; padres y amigos, profesores, directores de escuela; representantes de ONGs y de servicios de salud; educadores no directamente involucrados, etc.)

Estas discusiones irían montando los varios pasos de la evaluación, estableciendo respuestas provisionales a preguntas como "¿qué es el programa?" "¿cuáles son sus finalidades?", "¿cómo está funcionando?", "¿estos componentes están relacionados con las finalidades? Como?". La progresión de estas discusiones sería alimentada y progresivamente "sofisticada" por informaciones y análisis obtenidos por otros métodos: análisis de documentos e informes de la literatura; entrevistas, etc. El objetivo de estos ciclos será establecer un consenso posible acerca de las "grandes preguntas" de la evaluación: "¿por qué?", "¿para qué?", "¿qué?", "¿el qué?", "¿es posible?", "¿cómo?", de modo a establecer un plan operativo para la ejecución de la evaluación. Los ciclos de negociación recomienzan a partir de los resultados obtenidos en la "primera" evaluación, cuestionando el producto de la evaluación, su utilización y la necesidad de nuevos ciclos y nuevas evaluaciones.

En este tipo de metodología el "evaluador" es menos un especialista y más un facilitador del proceso, lo que no dispensa el concurso de especialistas para cuestiones tales como la factibilidad de alternativas metodológicas o análisis de la literatura y de documentos y hasta aún para el concurso de "teorías rivales" acerca de los objetos de la evaluación. Estos aportes objetivan aumentar la objetividad y la confiabilidad del modelo de evaluación. Es necesario resaltar, que este tipo de evaluación no puede garantizar que todos los principales "requisitos metodológicos" suceden simultáneamente. Muy basada en vivencias y enfoques naturales, siempre tenderá a perder en validez externa, ganando, en representatividad.

Esta sugerencia está genéricamente inspirada en algunos conceptos centrales de las líneas de evaluación que más valorizan la participación y el "empadronamiento" en procesos evaluativos, desarrollados especialmente para programas educativos en los EUA (Guba & Lincoln, 1989). Como ya fue afirmado muchas veces, tales procesos están íntimamente relacionados con contextos históricos propios, pudiendo, no obstante, servir – con las necesidades de adaptación – como inspiradores de proyectos de evaluación entre nosotros..

En relación a la asistencia, creo que un desafío muy grande dice a respecto de la calidad del cuidado. La calidad del cuidado está fuertemente asociada al impacto esperado de los programas de salud, especialmente para condicione que exigen seguimiento continuo del equipo de salud y que involucra gran aplicación de tecnologías complejas (materiales y no-materiales) como es el caso del SIDA.

La Coordinación Nacional de EST y Sida ha procurado establecer un patrón de calidad mínima para la asistencia mediante definición de normas para la acreditación de Servicios de Asistencia Especializada (SAE). Aún considerando que estas normas tratan apenas de patrones mínimos relacionados a la estructura del cuidado, configurando un tipo de acreditación de servicios, aún así, la cobertura de su aplicación ha sido apenas parcial.

De hecho, los servicios del sistema público de salud brasileño que prestan asistencia a los portadores del VIH/SIDA poseen configuraciones administrativas e institucionales bastante diversas que probablemente implican niveles diferentes en la calidad del cuidado dado a los pacientes y, por consiguiente, diferentes resultados en el impacto sobre población-objetivo. Esta hipótesis fue fuertemente corroborada en la evaluación de la adhesión de los pacientes al tratamiento anti-retroviral realizada en 27 servicios de São Paulo: cuando estratificados en niveles de calidad según características "clásicas" de estructura y proceso del cuidado, mostraron riesgos de no-adhesión significativamente diferentes, independientemente de las características de los usuarios o del tratamiento.

Las características básicas de estructura y proceso del cuidado podrían ser tomadas como punto de partida para evaluaciones locales que involucrasen al equipo y a los usuarios en "ciclos de calidad". Los ciclos objetivan establecer parámetros de calidad que serán adoptados y monitoreados durante un determinado período después del cual un nuevo ciclo identificará los resultados favorables y desfavorables que sucedieron y esta será la base de la creación de un nuevo parámetro de calidad, más ambicioso y sofisticado que el anterior. Aunque genéricamente inspirado en los "quality circles" utilizados en Japón en el sector industrial en los años 80, que resultaron en la tan criticada "gerencia de calidad total", ha sido usado con éxito en algunos programas de salud (Schillemans *et al*, 1992).

Nuevamente aquí es importante señalar que el aprovechamiento de esta metodología o de otra cualquiera debe ser cuidadosamente pensado para cada situación evaluadora. En el caso de esta metodología, por ejemplo, lo que me parece más productivo es su responsabilidad de la evaluación y de introducir nuevas normas – no restrictivamente técnicas – en la definición de calidad.

7 – Entrenamiento Mental

Un método para un enfoque a la educación de adultos

El entrenamiento Mental es un método pedagógico que intenta responder a las necesidades de formación integral del adulto de clase popular. Como tal, no se limita a ofrecer un proceso sistemático para que el adulto aprenda un determinado oficio: busca, también, favorecer su desarrollo intelectual y social para que se torne un elemento activo en su comunidad.

Este método comenzó a ser elaborado en Francia, al final de la II Guerra Mundial, y fue sistematizado a través de diversas aplicaciones prácticas y reflexiones de especialistas (sociólogos, psicólogos, educadores y autodidactas) que colaboraron con sus vivencias. Así, este método no pretende ser automáticamente aplicado a cualquier realidad, pero sirve de punto de partida para la recreación de alternativas pedagógicas.

El entrenamiento Mental propone cultivar, metódicamente, la inteligencia y racionalizar el aprendizaje cotidiano, con el objetivo de preparar al adulto para desarrollarse en su medio, de forma activa y solidaria.

El punto de partida del aprendizaje es la experiencia adquirida por el adulto en su vida diaria. Esto no viene a ser un simple artificio pedagógico para atraer o motivar para el aprendizaje y participación activa. En verdad, se considera que es precisamente en su vida diaria donde el adulto tiene sus experiencias más valiosas y donde percibe sus carencias. Por otro lado, la vida cotidiana es la real preocupación. Tales experiencias son consideradas como objeto de análisis con el fin de desarrollar actitudes y la capacidad de acción en las situaciones de la vida diaria.

Las dificultades que las carencias educativas provocan en el adulto pueden ser agrupadas, generalmente, en tres grupos:

- . dificultad para analizar su medio, sea el profesional o social;
- . dificultad para expresarse;
- . dificultad para orientarse ante diferentes fuentes de información.

La dificultad de análisis del medio es centrada en los inconvenientes que el adulto encuentra para la observación analítica de los grupos en que participa, de su propio

comportamiento cotidiano y para detectar los problemas correspondientes a su medio. Por lo tanto, su acción para contribuir con la solución de los citados problemas es prácticamente nula, o poco significativa.

Con relación a la dificultad referida, es necesario diferenciar las necesidades objetivas del medio (del trabajo y de la comunidad) de las necesidades subjetivas que son las que el adulto siente como carencia o necesidad. No siempre coinciden unas con las otras. Es frecuente observar carencias o desajustes sin que las personas expresen "necesidad de..." o "interés por...". El entrenamiento para análisis del medio se dirige a ambos aspectos del problema: no sólo responde a los problemas vividos como tal por el adulto, sino también los enfrenta para detectar y enfrentar las necesidades objetivas. Los intereses y necesidades subjetivas son usadas como punto de partida y se convierten en objeto de reflexión. Si son válidas, serán reforzadas y encaminadas para resolución a través de ese proceso. Si no son, el mismo sujeto concluirá que deberá descartarlo o transformarlos.

Es conveniente esclarecer que el hecho de partir de la experiencia cotidiana no implica en mantener a los alumnos de ese nivel en análisis. Por el contrario, es sólo el inicio de un proceso que los llevará a la búsqueda de informaciones necesarias para cada situación. La idea es motivarlos para esta búsqueda en diversas fuentes (libros, periódicos, conferencias, observaciones personales, etc.). Por consecuencia, otro objeto de ese método viene a ser el entrenamiento en cuanto a la selección y uso de diversas fuentes de información.

Durante el proceso, una vez que el método procura desarrollar actitudes y capacidades para una acción creativa, participante y autónoma, es necesario desarrollar la capacidad de comunicación eficaz en diversas situaciones (lengua oral o escrita) que permita expresar con precisión los diversos matices del pensamiento.

Finalmente, el método parte de la práctica cotidiana y a ella retorna, pero ya reprocesada por el análisis y reflexión procurando llevar al adulto a asumir nuevos comportamientos. Esto significa una transformación de la práctica personal, profesional y social, basada en una visión racional de los problemas.

APLICACIÓN DEL MÉTODO

Para sistematizar el proceso de aprendizaje deben ser consideradas las características del proceso del pensamiento y en este entra en juego una serie de operaciones (acciones internas relacionadas al acto de pensar) que son productos de maduración

individual y del entrenamiento. La falta de estímulos adecuados dificulta el alcance del pensamiento abstracto. Por lo tanto, la base del método es proporcionar al adulto un entrenamiento que le permita llegar a desarrollar y usar sus potencialidades intelectuales.

En el entrenamiento Mental se distinguen tres grupos de operaciones mentales que corresponden a tres momentos en el análisis de una situación o problema:

- operaciones de representación;
- operaciones de relación;
- operaciones ligadas a la acción.

En el primer momento se busca orientar y estimular al adulto para que llegue a responder las preguntas tipo "Que es" y "Como es" el objeto, asunto o fenómeno que está siendo analizado. Las operaciones que están contenidas en este primer momento son:

- enumerar y describir;
- comparar y distinguir;
- clasificar y definir;
- identificar diferentes aspectos, puntos de vista y contradicciones;
- localizar en el espacio y en el tiempo (donde y cuando).

El entrenamiento en el uso de las citadas operaciones procura hacer que el adulto se habitúe a observar sistemáticamente, a penetrar en los fenómenos, clasificar ideas enfatizando la fundamentación de los "juicios" que logre diferenciar los datos de la realidad de los juicios y puntos de vistas personales, buscando entrenar para el uso de criterios y formas de clasificación relevantes. Quien orienta la tarea pedagógica cumple lo simple, aunque fundamental, papel de animador del proceso. El "no enseña" nada, apenas estimula el uso de las operaciones a través de preguntas, como por ejemplo: "Cuales son los elementos principales de esa situación? Como se presenta este hecho? A que se asemeja? Cuales son las diferencias? Podría clasificarlas?", etc. La actitud del animador debe ser estimulante, orientando la atención del grupo y la participación de todos los miembros. Según las características del grupo, es posible que en esta fase se contente con una participación poco ordenada poco clara.

El segundo momento corresponde a la búsqueda de explicaciones de los fenómenos o situaciones. Las operaciones correspondientes son:

- búsqueda de causas y consecuencias;

- conocimiento de leyes y teorías.

El análisis de las causas, de los hechos y de sus consecuencias lleva a la cruda comprensión de la situación necesaria para la transformación de los comportamientos. Se busca superar la tendencia que se tiene de dar explicaciones del tipo mágico o tomando por base motivos personales. Por eso, es de la mayor importancia el contraste entre las propias observaciones a respecto de esas causas y consecuencias con las teorías científicas formuladas sobre el asunto. Como se observa, se va gradualmente avanzando hasta generalizaciones y abstracciones, entrenando, al mismo tiempo, para la búsqueda de informaciones, procurando que sean dadas referencias exactas y llevando hasta la síntesis.

Finalmente, en el tercer momento, procura hacer que todo el proceso previo de reflexión y conocimiento sirva para que las personas se conviertan en protagonistas conscientes, concretizando cambios de comportamientos, racionalmente asociados y coherentemente organizados. Las operaciones de esa etapa serían:

- explicitación de los valores y principios que guiaron la acción;
- determinación de objetivos;
- selección de los métodos, técnicas y medios adecuados;
- control de los resultados.

A través de esas operaciones se procura sustituir la actitud, sin previsión, por una actitud de transformación, metódica y controlada. Obviamente, en este proceso las operaciones no se desarrollan de una manera lineal una después de la otra, pero se van alternando en formas de idas y venidas. La agrupación lineal habitualmente presentada, tiene por objetivo ordenar y explicar mejor la secuencia.

Durante la aplicación del método también se da una alternancia entre ejercicios analíticos y ejercicios globales. Los primeros corresponden al entrenamiento, en la práctica, de una de las operaciones de modo separado, como por ejemplo: "enumeramos todas las características de la situación?" o "será que no existen otras formas de enumerar el hecho?". Los segundos (ejercicios globales) procuran síntesis graduales a respecto del problema o situación, dentro de la progresión, que va de los hechos a las ideas y de las ideas a la acción.

Siempre es importante partir de situaciones reales y cotidianas vividas o aportadas por los propios participantes. Pero, cuando eso no puede suceder, se busca sustituirlas

por situaciones ficticias como filmes, historias dramatizaciones, etc. próximas a las experiencias vividas por el grupo. En ese proceso, cualquier medio auxiliar es útil: cuadros, diagramas, artículos, conferencias, debates, slides, etc. Todas son ayudas válidas pero lo central es la estimulación del pensamiento y la participación. En ese sentido es importante resaltar el papel del animador-pedagógico buscará auxiliar que sea necesario y planificará una serie mínima de preguntas-estímulo que orienten la participación.

En fin, el Método de Entrenamiento Mental puede ser aplicado en diferentes situaciones educativas, manteniéndose coherente con el requerimiento de cualquier acción que procure transformar al adulto, de un repetidor y consumidor pasivo en un individuo activo, que consume reflexivamente, produciendo conocimientos y modificando su medio.

LECTURA COMPLEMENTARIA TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

Wilza Vilela

En el capítulo anterior fueron atribuidas varias finalidades a los talleres de sexo más seguro. Eso parece una cosa muy complicada...

Será que esos trabajos que realizamos son realmente talleres?

Al final, ¿qué son talleres de sexo más seguro?

Los talleres de sexo más seguro hacen parte de una estrategia de prevención al VIH/SIDA que busca estimular a las personas a descubrir y ampliar sus recursos de auto-protección. Es un proceso de aprendizaje compartido en que miedos, preconcepciones y ansiedades relacionados al VIH/SIDA y al chance de contaminación son discutidos y elaborados, con base en los conocimientos disponibles sobre la epidemia y su prevención, bien como en las vivencias individuales.

Con el apoyo o no de dinámicas, cada persona es estimulada a explorar sus propios afectos, creencias y juicios de valor, confrontándose con las tensiones entre sus deseos y su vivencia concreta, y dimensionando críticamente las injerencias externas en sus selecciones y posicionamiento en el mundo en que vive. Se pretende también que los talleres faciliten la exploración de las habilidades necesarias para la adopción de las medidas de prevención más adecuadas por cada mujer.

Los talleres presuponen el trabajo en pequeños grupos y la utilización de técnicas expresivas para estimular el descubrimiento y el uso de recursos personales, a fin de ampliar las posibilidades de cada uno ejercer su sexualidad con el menor riesgo posible. Cualquiera que sea la técnica facilitadora, el objetivo es desarrollar una práctica de reflexión y fortalecimiento interno, a partir de la cual pueda ocurrir un proceso de desconstrucción/reconstrucción de la relación de la mujer consigo misma, con su sexualidad y con el otro, posibilitando la adopción de medidas de protección al VIH.

Sabemos que, para las mujeres, el ejercicio de la sexualidad siempre implica algún riesgo, incluyendo embarazo, violencia y hasta abandono afectivo o la frustración sexual. En ese sentido, la propuesta de que un grupo de mujeres (o cualquier otro grupo que se identifique por características en común) se reúna para discutir la epidemia del

VIH incluye la idea de explicitar lo omitido, poniendo en evidencia que el hecho de que somos mujeres u hombres, jóvenes o adultos, homo o heterosexuales no es apenas un fenómeno biológico, y si el resultado de determinaciones y atribuciones psico-socio-culturales que delimitan nuestras maneras de sentir y reaccionar en el mundo. Así, si analizamos (descomponemos en unidades menores) todos los sentidos posibles de cada intervención que realizamos durante un taller, descubriremos que efectivamente cumplimos, o podemos cumplir, todas o casi todas las finalidades señaladas en este capítulo y en el anterior.

Uf! Que alivio...

El taller de sexo seguro es una posibilidad de cuestionar sentimientos, posturas y actitudes relativas al ejercicio de la sexualidad de cada mujer, de las ideologías que la sustentan, sus reflejos en lo cotidiano y sus implicaciones para la prevención al VIH.

ALGUNAS DUDAS FRECUENTES

A seguir, presentamos, en forma de preguntas y respuestas, algunos puntos que con frecuencia causan dudas en cuanto a la realización de talleres de sexo más seguro.

Cuales son los elementos estructurales de una taller?

Lo que define un taller es su propuesta de aprendizaje compartido. Eso, que parece simple, implica algunos requisitos: es una actividad grupal, cara a cara, cuyo objetivo de elaboración colectiva de conocimientos, para ser alcanzado, exige una particular actuación de la coordinadora, facilitadora, o persona responsable por el taller (3).

Cuales son las particularidades de actuación de la coordinadora?

Fundamentalmente, es necesario que la persona responsable por la realización del taller le guste trabajar con grupos y no se sienta turbada para hablar y oír sobre sexo, placeres y temores. Es importante estar actualizada sobre el VIH y el SIDA, de modo a transmitir las informaciones correctamente y esclarecer las dudas que surjan, aunque esa modalidad de trabajo no parta del principio de que las participantes sean desinformadas y estén ahí apenas para aumentar su caudal de conocimientos.

Además de eso, cabe a la coordinadora crea un clima de espontaneidad y confianza entre el grupo, no dudando o descalificando el habla de ninguna participante, de modo que las mujeres se sientan a gusto para preguntar y hablar sobre sus dificultades, experiencias o sentimientos sin turbaciones.

Ese acogimiento es esencial para que el taller pueda cumplir la finalidad de desmistificar creencias, tabúes y preconcepciones, posibilitando a las mujeres cuestionar los valores vigentes en la sociedad, en especial los que e refieren a si mismas.

Es función de la coordinadora aún estar atenta a las situaciones que emergen de la dinámica del grupo:

- evitando actitudes de protección de algunas mujeres hacia otras, que impiden que estas hablen por si mismas;
- clarificando los conflictos y rivalidades que eventualmente afloren durante el trabajo;
- tornando posible la elaboración colectiva de las crisis, frustraciones y ansiedades;
- ordenando la dinámica grupal que el grupo pueda realizar la síntesis de lo que fue vivenciado al final del trabajo.

Cualquier persona puede coordinar un taller?

Si, desde que se sienta segura para eso. Es recomendable, sin embargo, que ya haya participado de un o varios talleres y que discuta el trabajo con otra(s) persona(s), antes y después de las actividades.?

Cual es el tiempo ideal de duración de un taller?

En general, un taller debe tener entre dos y cuatro horas, como máximo. Además de ese límite, las participantes pueden quedar dispersadas, por cúmulo de informaciones o por cansancio.

Cual es el número de participantes?

El número es entre ocho y doce personas, pero eso depende de los objetivos del taller. (Vea Definiendo los objetivos).

Cuales cuestiones el taller debe contemplar?

Un taller debe lidiar con ideas, sentimientos, valores, prácticas y comportamientos de modo coherente y articulado, en la medida en que nuestra actuación en lo cotidiano es el resultado de una interacción dinámica entre esas dimensiones. Por ejemplo: una habilidad se relaciona sólo a la capacidad individual, como también a la valoración atribuida al nivel de la cultura, al desarrollo de aquella habilidad. Así, para las mujeres, las cuestiones ligadas al sexo fueron durante mucho tiempo valorizadas negativamente, restringiendo su habilidad de pensar, sentir y hablar sobre eso y limitando, para muchas, la posibilidad de ejercer su sexualidad de forma más placentera y segura. De ese modo, para la mujer protegerse contra el VIH es necesario que ella:

- sepa que el SIDA existe y afecta a muchas mujeres, independiente del grupo social a que pertenecen;
- sepa que existe un riesgo real para todas las mujeres, pero ese riesgo puede ser minimizado⁽¹⁴⁾;
- descubra, en su vida en particular, como ese riesgo se presenta y cuales son las estrategias que pueden ser desarrolladas para su reducción;
- desarrolla las habilidades necesarias para la implementación de esas estrategias.

Como distribuir tantos temas y cuestiones en un taller?

Este es uno de los desafíos y tal vez el aspecto más fascinante del uso de esa metodología que, al lidiar simultáneamente con afectos, pensamientos y valores, permite a las participantes una mayor comprensión de las experiencias y de las formas de vivenciarlas, descortinando, al mismo tiempo, nuevas posibilidades de relación consigo mismas y con el mundo, a partir de la integración grupal.

En ese sentido es importante que la coordinadora esté atenta a que todas las etapas sean contempladas, aunque simultáneamente, para garantizar que el proceso grupal se desarrolla en esa perspectiva, Eso exige una planificación previa. Vale recordar que uno de los objetivos de las técnicas de expresión (que muchas veces se confunden con la propia idea de taller) es exactamente la posibilidad de lidiar simultáneamente con las dimensiones cognitiva y afectiva.

El mismo modelo puede ser aplicado con cualquier población?

Sabemos que género, raza, clase social, opciones sexuales, edad y otros factores, en diferentes articulaciones, configuran vulnerabilidades distintas en relación al VIH. En ese sentido, y por la propia idea de taller como un proceso interactivo, usted siempre debe adecuar los contenidos y técnicas a las necesidades y características del grupo. Así, un modelo de taller puede ser usado como una guía, pero para cualquier población, la aplicación directa de modelos es insuficiente y deformadora de la propuesta.

Un taller puede ser hecho por apenas una persona?

Es muy bueno cuando existe una compañera que pueda observar el trabajo, auxiliando en la integración del grupo y enriqueciendo la reflexión posterior sobre el proceso, que es fundamental. Sin embargo, es necesaria una buena combinación previa del papel de cada una, para evitar atropellos. Además de eso, se la compañera se coloca en la posición de observadora pasiva y distante, podrá causar desconfortos en algunas participantes.

Un taller para mujeres puede ser coordinado por hombres?

En la mayoría de veces, no muchas mujeres se sienten perturbadas de hablar de sus experiencias íntimas con hombres, otras no tienen el hábito de conversar con personas del sexo masculino, la mayoría de los hombres no conoce o no entiende bien los "problemas de mujer" y algunos esposos pueden estar muy celosos.

Un taller puede ser hecho con grupos mixtos?

Si, desde que usted tenga claro como abordar la vulnerabilidad del grupo mixto en cuanto el grupo. No hay mucho sentido reunir a hombres y mujeres y acceder apenas la vulnerabilidad femenina o masculina. Si el trabajo es con un grupo mixto de negros, por ejemplo, aunque las diferencias entre hombres y mujeres persistan, usted puede considerar que el racismo se presente como una cuestión para ambos y montar el taller a partir de ese eje, intentando hacer que el grupo identifique como las diferencias de eje y de clase social actúan en la comunidad negra, contribuyendo de modo específico en la construcción de su vulnerabilidad al VIH.

Es fácil montar grupos para talleres de sexo más seguro?

No, si, depende... Muchas mujeres no se sienten afectadas por la cuestión del VIH y, por lo tanto, no atienden a ese tipo de invitación. Otras hasta les gustaría, pero no logran organizar su tiempo de modo a participar de una actividad de esa naturaleza.

El trabajo es bien fácil cuando existe un grupo que acostumbra reunirse, por cualquier razón, o si usted ya tiene una cierta inserción en una dada comunidad.

Todo taller debe enseñar el uso del condón?

Si, y debe disponer también de algunos en número suficiente para que las participantes puedan manosearlos. Sin embargo, el tiempo y la importancia atribuida a la exploración del preservativo debe ser cuidadosamente ecuacionados en función de las características del grupo, ya que es fundamental que se aborden también los eventuales aspectos simbólicos de las resistencias a su uso.

Todo taller debe tener dramatización?

No. Las dramatizaciones fueron muy diseminadas, porque es un medio interesante de trabajar la negociación del sexo más seguro. Sin embargo, si usted quiere utilizar ese recurso, debe considerar los siguientes puntos:

La selección correcta – Cuando el grupo es pequeño, la escena podrá ser escogida a partir de situaciones anteriormente abordadas. Se puede también pedir para cada participante que piense en una situación que involucre el tema en cuestión y en seguida verbalizarla para que el colectivo escoja.

Cuando el grupo es muy grande, tal vez sea mejor dividirlo en subgrupos para que estos escojan la situación a ser representada. Si hay tiempo, cada subgrupo podrá presentar su trabajo, pero es bueno recordar que la riqueza de ese tipo de técnica reside más en cuanto se logra explorar cada situación que fue dramatizada que el número de presentaciones. Dada la finalidad del trabajo, es recomendable escoger situaciones más simples y próximas de la realidad cotidiana de las participantes.

La selección de los personajes y del ambiente – Quien imagina la situación debe trazar un buen perfil de los personajes involucrados y del ambiente donde transcurre la acción. Es interesante que esa misma mujer dirija la escena, dialogando con las actrices sobre la manera como fue imaginada la situación de los personajes.

La selección de los actores – Debe ser voluntaria, a partir del establecimiento de los personajes, ambiente y escena. Las mujeres que no participen de la escena se quedarán como observadoras, debiendo estar atentas en cuanto a la proximidad de lo que está siendo representado con la vida real.

La participación de la coordinadora – Puede colocarse como observadora para organizar la discusión posterior, o puede ser más activa, paralizando la escena en algunos momentos para que las actrices observen sus propios personajes y verbalicen para el grupo como se sienten.

La coordinadora puede también cambiar actrices o papeles, insertando nuevos personajes o solicitando a la platea que sugiere; puede entrar en escena, o dar un nuevo rumbo a la acción, entre otros la discusión debe contemplar la experiencia de cada actriz con su personaje, el análisis de las relaciones que fueron desarrollándose entre los personajes durante la escena y aún la confrontación de lo que fue dramatizado con la vida real.

Atención! Las técnicas y el carácter lúdico del taller nunca pueden ser usados o manipulados para provocar el distanciamiento de las mujeres de sus conflictos. Al contrario, ese instrumento es apenas un artificio para tornar menos dolorosa y más operativa la aproximación y la profundidad de la comprensión de los conflictos que la prevención que el VIH a veces suscita.

Puede suceder de que usted esté trabajando con un grupo con características propias (sean étnicas, de edad, de clase social u otras) y alguna participante afirme que la propuesta para aquel grupo es imposible, como, por ejemplo, para mujeres casadas hablar de preservativo o de SIDA con sus compañeros. Esté atenta! Las mujeres a veces confunde límites objetivos, como reacción o defensa a dificultades individuales. Eso acostumbra a estar relacionado y precisa ser bien percibido, como estrategia de auto-fortalecimiento para su superación!

LA PLANIFICACIÓN DEL TALLER

Puede parecer contradictorio afirmar que el taller es un trabajo de construcción colectivo y después listar todo un conjunto de procedimientos relativos a la planificación del trabajo. Parece, pero no es, si no tenemos claro adonde queremos llegar, y por que medios, no iremos a ningún lugar. Al mismo tiempo, el hecho de haber decidido en que punto llegar, como y por donde, no quiere decir que sabemos, o controlamos, todo lo que sucede en el trayecto: hay embotellamientos, algunas veces descubrimos un atajo, otras tenemos que seguir por un desvío, o encontramos a alguien conocido y damos una parada para conversar...

Así, para aumentar los chances de éxito, la planificación de un taller de sexo más seguro debe incluir: la definición de objetivos; la selección de los contenidos, actividades y técnicas a ser utilizadas; y su adecuación a las reales condiciones de infra-estructura de realización del trabajo.

Definiendo los objetivos

Aunque el objetivo general de un taller de sexo seguro sea facilitar para que cada grupo o individuo descubra sus maneras de protegerse del VIH, el objetivo específico de cada taller está relacionado al número de veces que la coordinadora estará con el grupo, su demanda y las características de las participantes. Idealmente, un taller debe contemplar:

- la sensibilización de la población-objetivo para la existencia de la epidemia del VIH/SIDA;
- el ecuacionamiento de las informaciones por las participantes;
- el desarrollo de actitudes que faciliten la adopción de medidas de protección;
- el entrenamiento de habilidades para su implementación, incluyendo el manejo correcto del preservativo.

Estas etapas deben estar articuladas de modo lógico y fluido. Para eso, cada una de ellas debe incluir una secuencia de pasos intermediarios. Por ejemplo: en la etapa de sensibilización, algunas informaciones básicas a respecto del VIH/SIDA necesitan estar claras para el grupo. Tales informaciones abarcan no sólo apenas aspectos técnicos, sino también la explicitación de creencias y preconceptos, de modo que, en la etapa siguiente, las personas puedan exponer su vivencia de la sexualidad de forma más tranquila y realista.

Es evidente que, si usted dispone de bastante tiempo, el trabajo podrá ser más profundizado en cada una de las etapas. Pero si hay límite de tiempo, y también en función de las características de las participantes, probablemente usted será obligada a optar: si el taller tendrá como objetivo cumplir bien la primera etapa; si será posible también realizar la segunda etapa de modo consistente o si dará para recorrer todo el curso.

Usted tendrá además que escoger el eje que va a seguir el trabajo. Por ejemplo: usted puede montar un taller dirigido básicamente para desmistificar la cuestión del condón. De ese modo, aunque sean abordadas cuestiones relativas al SIDA y a prácticas sexuales sin penetración, el foco del trabajo estará en el condón, en su manoseo, en la explicación de las fantasías, temores y preconceptos en relación a él. Sin embargo, si usted está trabajando con mujeres con muy poca intimidad con su propio cuerpo, tal vez el trabajo tenga que estar enfocado en esa dirección, quedando la cuestión del condón atrasada para otra oportunidad.

En verdad, la definición de los objetivos es un artificio para facilitar la organización del trabajo. Del punto de vista de las participantes, todo el tiempo están siendo accesadas ideas, actitudes y habilidades. Si usted define que el objetivo básico del trabajo con un grupo debe quedar al nivel de la información, eso no significa que usted va a dar una conferencia o una clase. El taller es siempre una construcción colectiva, y el proceso de elaborar y compartir informaciones en grupo puede ser facilitado por medio de técnicas lúdicas, vivencias, dinámicas y bromas.

Definiendo contenidos, actividades y técnicas

Sabiendo previamente quien es el grupo, lo que desea, el tiempo disponible y, en función de esas variables, habiendo establecido los objetivos del taller, el próximo paso será pensar en los contenidos, actividades y técnicas a ser utilizadas, de modo que estos objetivos puedan ser alcanzados en las condiciones dadas.

Para definir los objetivos, usted probablemente debe haber incorporado la solicitud del grupo a los aspectos que en su evaluación, deben ser abordados durante el trabajo., por estar directamente relacionados a la vulnerabilidad específica del grupo en cuestión. Y usted hizo eso muy bien, dado que nadie debe imponer su "sabiduría" sobre la prevención del SIDA al grupo, ni considerar su demanda como una orden a ser seguida acriticamente. Pues bien, el truco para definir los contenidos, actividades y técnicas del trabajo es asumirlos como un camino a ser recorrido de la forma más fácil y agradable posible, afin de alcanzar el objetivo. Así, una pista es que usted se pregunte:

- Para que esas mujeres, en particular, logren protegerse contra el VIH, cuales contenidos mínimos deberán manejar con seguridad?
- Que actividades facilitarán al grupo el dominio de esos contenidos?
- Cuales técnicas pueden ser más interesantes para la realización de cada actividad?

Por ejemplo: si el trabajo se dirige a profesionales del sexo, usted puede definir el manejo del condón como el principal objetivo, a fin de que la mujer no gaste mucho tiempo lidiando con este artefacto con el cliente. Aunque, usted consideró que ese objetivo sólo será alcanzado si las mujeres saben que los trastornos relacionados a la actividad sexual (embarazo, ETS) podrán ser evitados.

Además de eso, usted sabe que es importante para esas mujeres tener una relación positiva con su cuerpo y su trabajo, transformando la integridad de su "instrumento de trabajo" en un acto consciente y responsable. Así, usted estableció que el mejor camino para alcanzar el objetivo debe incluir la experiencia de ETS y embarazo – bastante frecuentes entre esa población – bien como aspectos relativos a la auto-estima, y para eso usted usará como recurso, por ejemplo, los recuerdos de los problemas ginecológicos que ellas tuvieron en el último año y las soluciones encontradas. Ilustraciones sobre ETS y los instrumentos frecuentemente utilizados en la atención ginecológica pueden ser útiles para desmistificar algunas fantasías a ese respecto.

Como la esencia del trabajo de las profesionales del sexo es satisfacer la fantasía sexual del otro y, en el mundo contemporáneo, ese trabajo no goza de ningún prestigio social, usted también considera importante que las actividades y técnicas desarrolladas en el taller privilegien la construcción de esa mujer en cuanto sujeto, valorizando su experiencia subjetiva y situándola más allá de su identidad profesional, de modo a hacer sentido, para ella, el cuidado con la salud puede ser adecuada a esa finalidad la verbalización de las partes del cuerpo que más gustan y de las que menos gustan, de las cosas que dan placer sexual y de las cosas del día-a-día que las dejan felices, o la realización de algún juego, como la construcción de la "mujer ideal", formada por las partes que cada una cree que es su "mejor" (como la figura nunca queda completa, ese juego permite repensar la auto-evaluación de cada una).

Otras pistas

Algunas técnicas, por sus características, parecen prestarse muy bien a ciertos objetivos, pero eso depende de cómo ella será aplicada y de la aceptación del grupo. El modelaje, en masa, por ejemplo, es un excelente recurso para que la mujer entre en contacto con su imaginación sobre su cuerpo reproductivo, pero el diseño también atiende a los mismos objetivos. Existen personas que no les gustan ni un poquito de dibujar y pueden sentirse perturbadas ante tal propuesta.

Existen tantas actividades y recursos técnicos en cuanto a nuestra imaginación logra producir. Lo fundamental es que sean adecuados a los objetivos del trabajo y los contenidos que necesitamos acceder.

Hay personas que no se sienten bien con la relativa "suciedad" que el modelaje hace... Algunos talleres son realizados a partir de algún material audio-visual. En ese caso, acuérdesse que este material de apoyo va a estimular la expresión de las vivencias de las participantes sobre cada tema y por eso su uso exige una gran familiaridad con los contenidos. Se debe también preparar previamente un itinerario para la discusión del material a tener siempre en mente que no todas las personas tienen la familiaridad con el lenguaje escrito; algunas ni saben leer. Aún para la utilización de videos, la coordinadora debe tener la comprensión de que es apenas un medio no un fin.

LA PRIMERA VEZ...

En la selección de la técnica, además de su vinculación al contenido, al objetivo del trabajo y a las características del grupo, debe ser considerada la habilidad de la coordinadora en su manejo. Es recomendable que la coordinadora tenga un cierto repertorio, pero es claro que, para eso, siempre habrá una primera vez... Antes de la primera vez, sin embargo, es deseable que la coordinadora ejercite aquella técnica en casa, con amigos, o en otros talleres, como participante. Aprender con la práctica, en el caso de los talleres, puede ser medio arriesgado.

Adequando el trabajo a las reales condiciones

Las mujeres son muy diferentes entre sí y cada grupo participante de los talleres presenta una característica propia. La planificación quedará bien más fácil si usted dispone previamente de algunas informaciones sobre el grupo y las condiciones logísticas y de infra-estructura con

las cuales el trabajo será realizado. Así antes de comenzar el trabajo, es bueno verificar:

- El número previsto de participantes;
- Si el lugar disponible para el taller tiene un tamaño adecuado y permite que las mujeres puedan disfrutar de una cierta privacidad;
- Si las personas se conocen o no entre si, si mantienen lazos familiares, de trabajo u otros trabajar con grupos cuyas participantes tienen vínculos entre si en general es bien diferente de trabajar con personas que sólo estarán juntas en el momento de los talleres pues los "secretos" que pueden ser contados para la familia, amigas, colegas o desconocidas acostumbran a ser bastante distintos;
- Si el grupo es homogéneo o no en relación a algunas características, tales como edad, clase social, escolaridad y otras, que pueden determinar patrones diferentes de experiencias con la sexualidad y con el compañero. En general, cuando se trabaja con grupo homogéneos, la discusión tiende a caminar en la dirección de experiencias y diferencias individuales más relacionadas a la subjetividad de cada una. En grupos heterogéneos, el foco puede desplazarse hacia la comprensión de la inter-relación entre aspectos objetivos y subjetivos en la determinación de una vivencia particular, bien como en su discriminación. Ambos podrán ser ejes ricos y creativos para el desarrollo de la discusión, si el resultado esclarece que las personas son diferentes entre si, tanto por factores exteriores como interiores y que, por lo tanto, cada una tendrá una forma propia de protegerse del VIH, adecuada a su realidad de vida de aquel momento;
- Si las personas involucradas saben cual es la propuesta del trabajo, en especial si el taller se destina a mujeres que hacen parte de alguna institución; la diferencia de expectativas entre usted y el grupo puede causar una sorpresa agradable, pero puede también ser desastrosa, dependiendo de quien son las personas y sus expectativas;
- Si las personas saben el tiempo de duración del taller y las limitantes en cuanto a llegar atrasada o salir más temprano. Muchas personas que asisten a talleres prefieren que nadie entre después del trabajo iniciado, o no salga antes de su finalización, a fin de no interferir en la dinámica del grupo. Es bueno recordar que las mujeres, particularmente las casadas o con hijos, con frecuencia están involucradas en varios compromisos domésticos y familiares y reservan poco tiempo para ese tipo de actividad. Si la mujer está preocupada con los horarios, seguramente el rendimiento del trabajo será menor que el esperado. Cabe a la coordinadora garantizar que el trabajo ocurra dentro del tiempo previsto, evitando atrasos o prorrogaciones más allá de lo combinado. La planificación de cada paso del taller, con la respectiva estimativa de su tiempo de duración, es esencial para finalizar el trabajo en el horario combinado;

- Si todo el material necesario a la realización del taller está a mano y si usted está segura de su utilización.

Atención! Esos ítems no deben ser tomados como condición para la realización o no del trabajo. Son apenas recordatorios que auxilian la planificación del taller, aumentando sus posibilidades de éxito.

La planificación previa del taller es fundamental, pero el ritmo, el grado de profundización y la efectividad del trabajo dependerán de las participantes y del nivel de interacción grupal establecido.

LA REALIZACIÓN DEL TALLER

En un taller de sexo seguro es recomendable:

- evitar los discursos;
- incluir la idea de graduaciones de riesgo;
- discutir formas placenteras de usar preservativo;
- discutir las posibilidades de transmisión entre mujeres;
- trabajar la carencia/dependencia afectiva y emocional de las mujeres;
- hablar alegremente de sexo y de las diferentes prácticas sexuales;
- desarrollar el respeto por el otro;
- dejar claro que todas las mujeres son vulnerables, aunque de modos distintos.

Iniciando el trabajo

Cuestiones relativas al tiempo de duración del taller, a la confianza y a la confidencialidad deben ser combinadas al inicio, bien como otros puntos, como por ejemplo, la voluntad de participar o no de cada ejercicio y el respeto a la palabra de las otras. Dependiendo del grupo, puede ser necesario establecer acuerdos también a respecto de cosas más prosaicas, como fumar, beber, comer y otras.

En general, el trabajo debe ser iniciado con la presentación de los objetivos del taller y de las participantes y con un calentamiento. La presentación sucinta de los objetivos es importante para que las personas se sitúen, bien como parte que se pueda tener un referencial e la hora de evaluar el trabajo.

La presentación de las participantes puede ser una forma de calentamiento del grupo, si usted así los desea. Economiza tiempo y puede ser interesante, especialmente con grupo mayores. De cualquier manera, debe ser solicitado que todas sean breves en sus presentaciones, colocando informaciones relacionadas al trabajo, del tipo: quien soy y por que estoy aquí, o quien soy yo y que lugar el SIDA ocupa en mi vida actualmente.

Después de la ronda de presentaciones, si el grupo aún está formal, inhibido o nervioso, usted podrá desarrollar alguna actividad de integración grupal para calentar. Esa actividad inicial también debe tener como objetivo aproximar a la mujer a si misma, a fin de que pueda participar o más "entera" posible de las actividades. (Un buen ejemplo de calentamiento es aquel en que las participantes andan por el espacio en que se realiza el taller, concentrándose sobre si misma e intentando, en silencio, como el SIDA entró en sus vidas. En seguida, lo cuentan a las otras participantes.)

Nivelando las informaciones sobre EST/SIDA

A no ser que el objeto del taller sea exclusivamente transmitir informaciones sobre VIH/SIDA, la nivelación debe hacer que todo el grupo disponga de un conjunto mínimo de informaciones comunes, permitiéndole avanzar en la reflexión sobre su propia vulnerabilidad, en cuanto el grupo, y sobre la forma como cada persona lidia con eso en su vida. Así, las informaciones deben estar dirigidas para la construcción de la percepción de la vulnerabilidad de cada participante. Usted puede hacer eso de forma muy simple: liste como se recibe, quien recibe y cuando recibe y correlacione las tres listas.

Otra manera fácil es presentar una imagen con varias personas y solicitar que el grupo escoja, de ahí, quien está con VIH y en seguida justifique su selección. A lo largo de las justificativas, usted tendrá la oportunidad de verificar los conocimientos del grupo, corrigiéndolos, complementándolos en discusión.

CURIOSIDADES Y PRETEXTOS EN UN TALLER

El SIDA despierta mucha curiosidad. Así, cuando el grupo comienza a hacer muchas preguntas, es importante que las dudas no queden sin respuestas, pero también es esencial que la curiosidad no esté sirviendo como defensa de una auto-evaluación. Cabe a usted estar atenta para esta posibilidad de recolocar el trabajo en un eje más personal, si es el caso.

Además de eso, es común que algunas mujeres comparezcan al taller diciendo que quieren aprender para orientar mejor a sus hijos, sobrinos o alumnos. Usted debe dejar bien claro que, en el taller, el foco del trabajo es ella misma. Como tratar el asunto con los hijos, o cualquier otro joven, puede ser objeto de una conversación posterior, o hasta de una taller.

Accesando a la vulnerabilidad

Como ya fue expuesto, la vulnerabilidad de la mujer es fuertemente definida por un tipo de relación que ella mantiene con su sexualidad y consigo misma, cuya marca es la subordinación al deseo masculino. Y, por estar subordinada, ella siente tener menos valor que el hombre. A parte de esas características generales, que se colocan para cada mujer de un modo particular, actitudes de preconcepción y discriminación aumentan, y mucho, la vulnerabilidad de todas las personas. Dependiendo del grupo, esa cuestión también tendrá que ser accesada, especialmente para que las participantes no caigan en una dinámica que coloca la vulnerabilidad como un tipo de "inferioridad", cuya responsabilidad es individual.

Para comenzar a hablar sobre sexo y vulnerabilidad femenina al VIH de forma tranquila, todo el grupo debe estar consciente de que:

- existen mujeres que no les gusta el sexo;
- existen mujeres que les gusta el sexo, pero no tienen placer con la penetración;
- existen mujeres que no logran llegar al orgasmos en sus relaciones sexuales;
- existen mujeres que les gusta mucho el sexo;
- existen mujeres que prefieren tener sexo con otras mujeres;
- existen mujeres que tienen más de un compañero sexual al mismo tiempo;
- existen mujeres que no les gusta hablar sobre sexo;
- cada mujer tiene placer de un forma y ninguna forma es más "correcta" que otras;
- existen mujeres que son golpeadas por sus maridos;
- existen mujeres que tienen miedo de "perder" al marido y no miden esfuerzo para mantener la relación;
- existen mujeres que hacen uso sistemático del alcohol o de drogas ilegales;
- existen mujeres cuyos compañeros hacen uso sistemático de alcohol o drogas ilegales;

- cada mujer organiza su vida amorosa y sexual de una forma y nadie es “mejor” que el otro, representando a todos la manera posible para aquella mujer en aquel momento.

Usted puede iniciar la conversación sobre sexo y condición femenina de varias maneras. Una de ellas es pedir que las mujeres listen los términos que definen la feminidad, para colocar en discusión algunos puntos: “sólo las mujeres son así”, “todas nosotras aquí reunidas somos así”, “por que se dice que mujer es así?”

Otra forma bien exitosa es la realización de la “línea de la vida”, intentando elaborar con las mujeres como fue su aprendizaje sobre sexo y feminidad, las primeras experiencias sexuales, las primeras pasiones, las primeras represiones, etc. La lista de los actos realizados, durante un día común de una ama-de-casa con los respectivos sentimientos y fantasías asociados a ellos, también puede ser interesante. Eso porque, paralelamente al abordaje de los elementos de la realidad, son incentivados los elementos de la fantasía, a fin de crear un estímulo a la etapa siguiente, en que la creatividad de las mujeres deberá estar más aguzada.

Aprendiendo a usar preservativo

Tanto cuanto a las técnicas de colocación y retiro del preservativo, es importante que, en esta etapa, sean estimulados su manoseo y la realización de las fantasías asociadas a su uso, especialmente las que se refieren al contacto con el esperma y a la idea del recubrimiento del pene. Vale recordar, sin embargo, que sexo seguro no se resume al uso del preservativo.

Así, todas las dimensiones de la sexualidad femenina deben ser exploradas, con estímulo a las demás expresiones eróticas además del coito.

Descubriendo como se protege del VIH

Suponiendo que las mujeres ya estén conscientes de los riesgos generales e individuales, que ya hayan explorado la idea de que tanto ellas como sus compañeros pueden tener experiencias sexuales muy agradables sin penetración o con preservativo y, aún más, que esta ya haya sido presentada y manoseada por el grupo, esa etapa finaliza el taller. Muchas personas que participan en talleres les gusta dramatizar una situación de negociación para el uso del preservativo, pero otras técnicas pueden ser utilizadas.

Si el taller transcurrió en varias sesiones con el mismo grupo, puede ser que alguna mujer ya haya experimentado el preservativo o el sexo sin penetración entre una sesión y otra y resuelva contarle al grupo, que la apoya y no considera como prioritaria la cuestión de la negociación. O, al final de un trabajo en que se discutieron varias situaciones que tornan a la mujer vulnerable al VIH, puede ser más provechoso pedir que el grupo liste los requisitos necesarios para su protección discriminando los que cada mujer puede dar cuenta sola, de aquellos que ella necesita del grupo y además de aquellos para los cuales es necesaria una acción más amplia y política.

Estando claras las diferentes estrategias y las dimensiones en que estas ocurren, la actividad debe dirigirse al mejoramiento de la habilidad necesaria para que la mujer implemente lo que ella considera posible, a nivel individual.

Es muy cansado utilizar la misma técnica para trabajar todos los contenidos. De la misma forma, el exceso de técnicas, actividades y contenidos puede tornar el trabajo confuso y sin profundidad. Por lo tanto, distribuir el trabajo de forma armónica y lógica en el tiempo, definir bien las prioridades y escoger las técnicas adecuadas son habilidades que la persona que participa en talleres debe procurar desarrollar.

Se dice, con frecuencia, que las personas que participan en talleres de sexo más seguro deben fortalecer a la mujer en el sentido de que ella consiga "exigir" el uso del preservativo. A nuestro modo de ver, una "exigencia" – tanto cuanto a la "negociación", que puede traer incluida la idea de que alguien va a someterse a algo- es una actitud muy poco erótica y amorosa. Si, en algunos casos, estas pueden ser las estrategias más adecuadas, preferimos creer que es posible para cada mujer pensar en su vida sexual y las pautas usuales de comunicación con el compañero, de modo a descubrir sus propias estrategias individuales.

La finalización del taller

Para finalizar, es bueno que haya un "enfriamiento". La evaluación puede prestarse bien para eso, desde que haya sido previsto un tiempo para que esa actividad ocurra de forma tranquila, pensada y sentida. Un modelo de iniciar esa síntesis final es proponer que se converse libremente sobre el trabajo. Si eso no sucede, se puede preguntar como las personas se están sintiendo.

Al final de esa conversación más suelta, y más ligada al plano afectivo, se puede aún pedir una evaluación en que cada participante analice si, de su punto de vista, el objetivo propuesto fue alcanzado. Dependiendo del trabajo, cuestiones como "que lo más significativo?", o "que se aprendió de novedoso?" pueden ser colocadas.

Lo fundamental es colocar una cuestión cuya respuesta facilite la elaboración de la experiencia que la mujer tuvo con el taller. En ese sentido, se debe evitar hacer la evaluación a través de cuestiones muy abiertas, del tipo "que creen del trabajo?", o simplemente de la proposición "vamos a evaluar el trabajo".

La coordinadora debe estar preparada para recibir y enviar, o no alguna demanda de consejos que surja al final del trabajo. Además de eso, es necesario que ella también haga una evaluación de su trabajo. Aunque haya una tendencia de terminar el taller muy cansadas, y a veces un poco eufóricas o deprimidas y desanimadas, vale la pena, después del merecido descanso, preguntarse también como se está sintiendo y como se relacionó con el grupo:

- Que fue aprendido con el trabajo de hoy?
- Que podría haber sido mejor?
- Todas las personas tuvieron oportunidad de participar?
- Hubo alguna equivocación en la conducción del grupo?

Haga una rememoración de la dinámica de su trabajo, y buena suerte!



Lista de Notas

- (1) PRO-AIM, São Paulo, 1995.
- (2) BUCHALA, C. M. Aids. El Surgimiento y la evolución de una enfermedad. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). *Viejos y nuevos males de la salud en Brasil*. São Paulo: Hucitec; Nupens, 1995.
- (3) KALICHMAN, A. Crecimiento de una epidemia. In: *Anales del Seminario La epidemiología social del Sida.*, Rio de Janeiro: ABIA; IMS-UERJ, 1994.
- (4) SANTOS, N. J. *Las Mujeres y el Sida*. São Paulo, 1994. (Disertación de maestría) – FSP; USP. (Mimeo).
- (5) LAGO, T. *Comunicación personal*.
- (6) Los trabajos citados anteriormente, bien como el de D. MARTÍN. *Mujeres y Sida: un abordaje antropológico*. São Paulo, 1995. (Disertación de maestría) – Departamento de Ciencias Sociales; USP. (Mimeo). Apuntan para esa complejidad de trayectos individuales que resultan en la contaminación de la mujer.
- (7) De acuerdo con testimonios personales obtenidos, principalmente ante mujeres del GIV (Grupo de Incentivo a la Vida) participantes del Toque de Mujer. Cabe recordar, entre tanto, que las mujeres reaccionan de modo muy distinto a la soropositividad, y las reacciones también varían, conforme esta situación va siendo elaborada.
- (8) Conforme comunicación personal de Marcia Andrade (Gestos), Nair Brito (GIV) y otras.
- (9) Aspectos muy explotados por BARBOSA, R. en Feminismo y SIDA. In.: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Rompiendo el silencio: mujeres y Sida en Brasil*. colección Historia Social del Sida. Rio de Janeiro: ABIA; IMS; UERJ; Relume-Dumará, 1996.
- (10) Excepción debe ser hecha al kit Mancha de Batom, del PE; EST; SIDA-SP, él se propone ser un estímulo para la reflexión y discusión.
- (11) Ver, a ese respecto. VILLELA, W. et al. *La prevención del VIH/SIDA en Brasil: un estudio a partir de las propuestas de ONGs al PN/EST/SIDA*. São Paulo: NEPAIDS; IPUSP, 1995. (Mimeo).
- (12) Gran parte de las ideas aquí constantes fue inspirada en el artículo de Shall y Struchiner, Educación en el contexto de la epidemia del VIH/SIDA: teorías y tendencias pedagógicas. In: Barbosa; Czeresnia Santos; Monteiro. (Org.). *SIDA: pesquisa social y educación*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1995.
- (13) La necesidad de articular acciones de salud y acciones de promoción social e individual es un requisito para la prevención al VIH/SIDA ante cualquier población, no apenas a la de las mujeres.
- (14) El concepto de reducción o minimización de los riesgos parte del presupuesto de que, en caso del VIH/SIDA, es irreal trabajar con la idea de riesgo cero, en particular en un taller de sexo seguro.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, fevereiro de 2004

OS 0009/2004