



capítulo tres

participación de la comunidad: sensibilización y acción



En el capítulo 2 se ha explicado cómo la OMS y sus asociados están impulsando la extensión masiva del tratamiento en el marco de una respuesta integral frente a la pandemia. La creación de lazos estrechos de asociación con las comunidades y los grupos de la sociedad civil, en particular con las personas afectadas por el VIH/SIDA, va a ser crucial para la consecución de la meta de tratamiento, la eficacia de la nueva respuesta global y el logro del objetivo más amplio de fortalecer los sistemas de salud. Este tipo de participación comunitaria incluirá la sensibilización, la prestación de servicios y el apoyo a los enfermos. Para asegurar la plena participación de las comunidades, se deberán introducir algunos cambios en la manera de prestar los servicios de salud pública.

A lo largo de la historia del VIH/SIDA, un gran número de comunidades y grupos han derrochado energía colaborando para ayudar a todas las personas que se han visto afectadas. En el presente capítulo se abordan algunos de los ejemplos más reveladores de ese empuje, que han modificado marcadamente la percepción pública y política de la enfermedad y se han traducido en importantes y duraderos beneficios para el conjunto de la comunidad. El compromiso demostrado hoy día por las comunidades es un recurso inestimable en apoyo de la expansión del tratamiento antirretroviral. Más allá de ese objetivo vital, ese compromiso influirá poderosamente en los progresos hacia mejoras más amplias de la salud pública y el acceso a la atención.

En el presente capítulo se describe el nuevo fenómeno de la participación comunitaria como dimensión reconocida de la acción de salud pública. A continuación, se examinan algunos de los hitos que han marcado la participación de la sociedad civil en la lucha contra el VIH/

SIDA y se destaca el potencial de un enfoque basado en los derechos para alcanzar los objetivos de salud. Por último, se analiza la participación de la sociedad civil y las comunidades en los esfuerzos de extensión del tratamiento, con especial énfasis en la función de los agentes de salud comunitarios.

Las comunidades son grupos de personas que viven cerca las unas de las otras o tienen una serie de vínculos sociales y que, en muchos casos, comparten una misma motivación o necesidad. Dentro de la comunidad general, existen comunidades específicamente consagradas a la lucha contra el VIH/SIDA, que están integradas por seropositivos, los familiares y allegados de éstos, y defensores de esta causa. Estas comunidades pueden adoptar o no estructuras orgánicas formales. Las

organizaciones de la sociedad civil – es decir, las que no dependen del Estado ni de empresas privadas – incluyen asociaciones formadas por seropositivos y personas comprometidas en la lucha contra el VIH/SIDA, organizaciones confesionales y otras agrupaciones, como sindicatos o patronales.

La consecución de la meta «tres millones para 2005» («3 por 5») exigirá la creación de lazos de asociación entre los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y las comunidades, así como el aprovechamiento de las virtudes de cada uno de estos actores, para empezar a cosechar resultados sobre el terreno. El liderazgo gubernamental será indispensable, pues la sociedad civil no puede sustituir al sector público. Ahora bien, para ser eficaz, ese liderazgo deberá incluir el establecimiento de fórmulas de cooperación con diversos grupos de la sociedad civil y la instauración de mecanismos que permitan aprovechar los conocimientos disponibles dentro de las comunidades. La OMS y otras organizaciones internacionales pueden facilitar y respaldar ese proceso. Al abogar por la colaboración con las

Un coro canta el último adiós a Mzokonah



Gideon Mendel/Network

Mzokonah Malevu ya llevaba enfermo mucho tiempo cuando descubrió que era seropositivo. Al principio sólo quería decírselo a su madre, pero, siguiendo el consejo de un orientador, decidió comunicar la noticia a todos los miembros de su comunidad. En un servicio religioso para las víctimas del VIH/SIDA celebrado en el distrito sudafricano de Enseleni al que asistieron huérfanos y cuidadores, Mzokonah tomó por primera vez la palabra en público, ante cientos de personas. Su mensaje, en el

que explicaba cómo contrajo la enfermedad, iba dirigido en especial a los jóvenes, a los que advirtió muy seriamente sobre la necesidad de protegerse.

«Espero que mi muerte sirva para algo, que contribuya a educar a mi familia y a mi comunidad», dijo Mzokonah. «Quiero que mi funeral sea una ceremonia de educación sobre el VIH/SIDA y permita difundir mi mensaje a los cuatro vientos.» Sus deseos se han cumplido.

comunidades, la iniciativa «3 por 5» expresa la filosofía plasmada en 1978 en Alma-Ata (ahora Almaty) (Kazajstán) en la estrategia de Salud para Todos, que vincula el derecho de las personas a la salud con su derecho a participar en las decisiones que afectan a su vida.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD PÚBLICA

Ya en 1948, la Constitución de la OMS disponía que «una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital» para el mejoramiento de la salud, aunque fue en el decenio de 1960 y a comienzos de los años setenta cuando empezaron a valorarse cada vez más las ventajas prácticas de la participación de las comunidades en los proyectos sanitarios y su identificación con estos últimos. Diversos proyectos ejecutados en zonas de Guatemala, Níger y la República Unida de Tanzania demostraron que una mayor participación de la comunidad podía aportar beneficios sanitarios para la población. En esos proyectos, la aportación comunitaria facilitó la definición de prioridades programáticas, y los agentes de salud comunitarios asumieron importantes responsabilidades (1). En 1978, la plena participación de la comunidad en la pluridimensional labor de mejora de la salud se convirtió en uno de los pilares del movimiento en pro de la salud para todos. En 1986, la Carta de Ottawa, firmada en la Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, identificó el fortalecimiento de la acción comunitaria como una de las cinco prioridades clave para una promoción proactiva de la salud (2).

Desde entonces, se han registrado tanto avances como retrocesos. La capacidad efectiva de las comunidades para participar en la definición y ejecución de los programas de acción sanitaria se ha visto mermada por la falta de recursos y la existencia de arraigadas jerarquías profesionales y sociales y modelos de salud pública centrados en los comportamientos individuales y las intervenciones curativas de tipo biomédico. Las discriminaciones por razón de sexo, raza y clase social también influyen. No

Recuadro 3.1 La Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África

La Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) es una ONG panafricana de base comunitaria creada en 1988 en respuesta al impacto del VIH/SIDA en las mujeres y los niños del continente. Esta organización centra su labor en los factores causantes del impacto desigual de la epidemia en las mujeres y persigue la igualdad entre los sexos en lo referente a los programas de prevención y tratamiento. La SWAA, presente en 40 países africanos, confiere particular importancia a la creación de redes de cooperación, la investigación, la sensibilización, la facilitación de cuidados y apoyo, los derechos humanos y las cuestiones jurídicas, los huérfanos y otros niños vulnerables y las opciones de prevención para las mujeres. A continuación se describen algunos ejemplos de sus actividades.

En Burkina Faso, la SWAA intenta fomentar una mayor concienciación sobre los efectos perniciosos de la circuncisión femenina, apo-

ya a los huérfanos y otros niños vulnerables, facilitándoles libros y demás material escolar, y ofrece un servicio de consultas telefónicas. La organización ha puesto en marcha un proyecto de prevención para combatir el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual entre los trabajadores del sexo. Asimismo, ha organizado y coordinado programas subregionales de formación sobre diferencias de género y VIH/SIDA.

En Kenya, se ha lanzado un programa de sensibilización dirigido a los hombres que tiene por objeto hacerles tomar conciencia de la relación entre los comportamientos masculinos y el VIH/SIDA, fomentar el debate público sobre cuestiones relacionadas con los hombres y el VIH/SIDA, promover la adopción de prácticas sexuales menos peligrosas e incrementar la percepción del riesgo personal.

En el Senegal, la SWAA, en colaboración con la Alianza Nacional contra el SIDA, facilita

material escolar a niños afectados por el VIH/SIDA. También organiza actividades generadoras de ingresos para las mujeres, promueve la utilización del preservativo femenino, participa en el programa nacional para la reducción de la transmisión del VIH de la madre al niño, y ofrece asesoramiento nutricional y otras formas de apoyo psicosocial.

En Ghana, la Sociedad tiene en marcha un proyecto de promoción del preservativo femenino y actividades de educación sobre el VIH/SIDA, y está estableciendo centros de apoyo para mujeres seropositivas, que facilitan a la población femenina asesoramiento, alimentos y ropa.

En Nigeria, la SWAA participa en la organización de programas de capacitación y servicios de asesoramiento en 28 provincias, así como en la elaboración de un manual didáctico para la formación de orientadores.

obstante, las comunidades han tomado parte en muchos proyectos eficaces de salud pública, por ejemplo en programas de saneamiento, nutrición, vacunación y control de enfermedades (3). Según se desprende de algunos estudios recientes sobre atención primaria de salud, la participación comunitaria sigue gozando de gran aceptación; asimismo, se tiene constancia de que ha reportado importantes beneficios sanitarios (4).

LA SOCIEDAD CIVIL RESPONDE A LA TRAGEDIA DEL SIDA

La respuesta dada por la sociedad civil en todo el mundo frente a la pandemia de VIH/SIDA es uno de los ejemplos más ilustrativos de autodeterminación y participación de la comunidad. El énfasis que la Declaración de Alma-Ata pone en la necesidad de que la participación comunitaria parta de «un espíritu de interdependencia y autodeterminación» concuerda con la visión de los primeros activistas que se movilizaron contra el VIH/SIDA, reflejada en los Principios de Denver (5). Estos principios, elaborados en 1983 en una reunión de activistas en Denver (EE.UU.), establecen el derecho de las personas afectadas por el VIH/SIDA a la dignidad, tanto en vida como tras su muerte, y también a ser representadas y poder participar en todas las decisiones que afectan a su bienestar.

En los Estados Unidos de América, donde los primeros casos de VIH/SIDA se notificaron en 1981, y posteriormente también en Europa, el Canadá y Australia, las organizaciones de hombres y mujeres homosexuales fueron las primeras en reaccionar. En 1982 se creó en el Reino Unido la Fundación Terrence Higgins. Helseutvalget for Homofile (la asociación noruega de salud homosexual) fue establecida en 1983. Estos grupos y otros similares tomaron como punto de partida las estrategias y el capital social forjados durante los decenios precedentes en los movimientos feministas y de defensa de los derechos de los homosexuales.

Grupos como la AIDS Coalition to Unleash Power (ACT UP), fundada en 1987 en los Estados Unidos de América, supieron combinar una estrategia eficaz de sensibilización con la consolidación de una impresionante base de datos científicos, permitiendo así a sus miembros convertirse en informados participantes en las actividades de investigación médica y en el proceso de adopción de decisiones. Durante los decenios de 1980 y 1990, estos grupos lograron la movilización de fondos cada vez más cuantiosos para la investigación y el desarrollo de antirretrovirales, la asignación de mayores partidas presupuestarias a los servicios relacionados con el SIDA, a nivel federal, estadual y local, la aceleración del proceso de pruebas aplicable a los medicamentos y la ampliación del acceso a fármacos experimentales para personas no admitidas en ensayos clínicos.

Diversas organizaciones internacionales de la sociedad civil, como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, empezaron a trabajar en el campo del VIH/SIDA a comienzos del decenio de 1980. En varios países africanos con sistemas de salud sumamente precarios tomaron la delantera numerosas organizaciones de base comunitaria y ONG. En muchas comunidades, las mujeres empezaron a asumir importantes funciones de liderazgo. La Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) fue fundada en Uganda en 1987. La labor de la TASO ha incluido siempre la sensibilización y la educación comunitaria, amén de una amplia gama de servicios destinados a las personas afectadas por el VIH/SIDA y sus familias. Esta organización, que colabora estrechamente con el Gobierno, con otras organizaciones no gubernamentales y confesionales y con el sector privado, ha contribuido de un modo especialmente destacado al programa ugandés de control

del VIH/SIDA. En 1988, un grupo de mujeres africanas crearon la Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) con ánimo de trabajar con y para las mujeres afectadas por la epidemia y sus familias, sobre la base de inquietudes y prioridades localmente definidas. La SWAA es ahora una red intercontinental presente en 40 países (véase el recuadro 3.1).

Otros grupos liderados por mujeres también han tenido una notable influencia en los planos nacional y local. La organización Mujeres en Lucha contra el SIDA en Kenya, por ejemplo, fue fundada en Nairobi en 1993 por un grupo de mujeres, muchas de ellas seropositivas. Además de defender los intereses de las mujeres y los niños afectados por la pandemia, esta agrupación ofrece a las mujeres y sus familias un amplio abanico de servicios, por ejemplo, educación sobre el VIH, apoyo y asesoramiento individual, atención domiciliaria y formación para la realización de actividades generadoras de ingresos. Desde el primer momento, las organizaciones confesionales han venido asumiendo importantes responsabilidades en la organización de actividades ligadas a la prevención del VIH, la educación comunitaria, la atención, el tratamiento y la prestación de apoyo (véase el recuadro 3.2).

LA FUERZA DE UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

Los argumentos promocionales han ido asentándose cada vez más en un marco de derechos humanos, basado tanto en principios morales fundamentales como en la obligación legal de los Estados de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos, en particular el derecho a la salud. Se trata de obligaciones dimanantes del derecho internacional, los acuerdos regionales de derechos humanos y las legislaciones nacionales (6). La adopción, con respecto al VIH/SIDA, de un enfoque basado

Recuadro 3.2 Papel de las organizaciones confesionales

Dada la influencia de las organizaciones confesionales dentro de las comunidades y la amplia presencia que tienen en las zonas rurales y los lugares remotos, su papel en la generalización de los tratamientos contra el VIH/SIDA resulta fundamental. Junto con las instituciones religiosas, pueden contribuir notablemente a reducir la estigmatización y la discriminación. Las organizaciones confesionales representan alrededor del 20% del número total de organismos consagrados a la lucha contra el VIH/SIDA y están muy bien situadas para ofrecer apoyo psicosocial, moral y espiritual a personas en circunstancias difíciles; su importancia para lograr una extensión masiva de los tratamientos es cada vez mayor.

El Grupo de Viudas de la Iglesia Anglicana de Saint Stephen de Kisumu (Kenya), por ejemplo, ayuda a administrar un dispensario móvil, que, además de ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, dispensa medicamentos esenciales contra las infecciones oportunistas y organiza actividades generadoras

de ingresos para las mujeres y los jóvenes. Aunque hasta la fecha esta agrupación no ha participado de un modo directo en la administración de antirretrovirales, sus esfuerzos forman parte integrante de una estrategia eficaz de extensión de los tratamientos.

Algunas organizaciones confesionales han ideado sistemas para dar respuesta a las cuestiones de desigualdad y de género relacionadas con el acceso a los antirretrovirales y están tratando de impedir que determinadas personas o grupos tengan un acceso privilegiado a los tratamientos, procurando asegurar al mismo tiempo que las comunidades establezcan sus propios criterios de acceso.

Otras organizaciones se ocupan del suministro directo de fármacos. Así, por ejemplo, la Misión para los Medicamentos y Suministros Esenciales, una alianza entre la Asociación Cristiana para la Salud y la Conferencia Episcopal-Secretaría Católica de Kenya, está distribuyendo medicamentos esenciales asequibles, incluidos antirretrovirales. Los

responsables del proyecto importan medicamentos genéricos para la Misión y para otras organizaciones no gubernamentales a un costo reducido. Los servicios de salud de la Misión tienen también un componente de atención domiciliaria que ayuda a supervisar el cumplimiento de la terapia antirretroviral y los tratamientos contra la tuberculosis y contribuye a ofrecer a las familias y comunidades apoyo nutricional y otras formas de asistencia socioeconómica.

Las organizaciones confesionales podrían ser incorporadas en las estrategias de extensión masiva de los tratamientos, y sus ventajas comparativas – por ejemplo, en lo referente a la capacidad de movilización de las comunidades, las actividades asistenciales, la capacidad para asegurar el cumplimiento terapéutico y promover entre las personas afectadas por el VIH/SIDA la confianza necesaria para que acudan a recibir tratamiento – se podrían combinar con la capacitación de su personal no médico en aptitudes médicas pertinentes.

en los derechos está impulsando en un número creciente de países una movilización social encabezada por organizaciones de la sociedad civil.

En el Brasil, la Asociación Brasileña Interdisciplinaria contra el SIDA, fundada en 1986, se esfuerza por defender los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA llevando a cabo actividades de investigación y educación y efectuando análisis de políticas. En Bolivia, Venezuela y otros países latinoamericanos, diversas organizaciones de la sociedad civil han utilizado con éxito recursos legales basados en los convenios de derechos humanos para asegurar el acceso al tratamiento a través de los sistemas nacionales de salud (7).

La Campaña de Acción en pro del Acceso al Tratamiento, en Sudáfrica, se sirve de actividades de educación y movilización comunitarias, acciones masivas de protesta civil, campañas mediáticas, mecanismos jurídicos y alianzas con otras organizaciones no gubernamentales y agrupaciones sindicales para defender los derechos de las personas infectadas y afectadas por el VIH. La lucha nacional librada dentro de esta campaña para mejorar el acceso a la terapia antirretroviral condujo al Movimiento Panafricano de Acción en pro del Acceso al Tratamiento, iniciativa lanzada en agosto de 2002.

Los criterios y principios de derechos humanos también deben orientar la planificación y ejecución de políticas y programas de tratamiento. El enfoque basado en los derechos humanos reconoce que los derechos son universales y reafirma el valor de la plena participación de todos los miembros de la sociedad, al tiempo que exige también un mayor rendimiento de cuentas por parte de las instancias decisorias y más equidad en las políticas asistenciales.

El reconocimiento de estos imperativos por parte de los países es cada vez mayor. En la Cumbre Mundial sobre el SIDA celebrada en 1994 en París, 42 gobiernos declararon que fomentar la participación de las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por éste es esencial para que los países puedan responder de un modo ético y eficaz a la epidemia. Este principio de mayor participación es fundamental para asegurar la equidad de toda política o programa relacionado con el VIH/SIDA (8). En 1998, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el ONUSIDA elaboraron conjuntamente una serie de directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos; se trata de un instrumento que aplica las leyes y normas de derechos humanos específicamente al contexto del VIH/SIDA y establece

qué pueden y deben hacer los Estados a la luz de sus obligaciones en materia de derechos humanos (9). La adhesión a estos principios se vio reforzada en 2001 con la adopción de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (10).

Las organizaciones no gubernamentales y las agrupaciones de la sociedad civil han dirigido la aplicación de los principios de derechos humanos hacia el problema del acceso a los medicamentos para los pobres (véase el recuadro 3.3). Algunos esfuerzos, como la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales y la Iniciativa de Tratamientos para Enfermedades Desatendidas, de Médicos Sin Fronteras, además de atraer la atención mundial sobre la crisis del acceso a medicamentos en el mundo en desarrollo, han contribuido a centrar el debate público en los efectos que las normas comerciales y de propiedad intelectual tienen en el acceso de los pobres a los tratamientos para una amplia gama de problemas de salud (11-13).

Una coalición internacional de activistas y organizaciones de la sociedad civil colaboraron con representantes de países en desarrollo antes y durante la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) celebrada en noviembre de 2001 en Doha (Qatar). La participación de la sociedad civil dio ímpetu a la Declaración de Doha, en la que se aclaró formalmente que el Acuerdo de la OMC sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio «puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos» (14) (véase el recuadro 2.5). En abril de 2002, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos expresó su satisfacción por la Declaración de Doha e instó a la comunidad internacional a que definiese prontamente los medios necesarios para permitir que todos los países se beneficien de sus disposiciones (15).

LA SOCIEDAD CIVIL Y LA EXPANSIÓN DEL TRATAMIENTO

La acción promotora de la sociedad civil ha contribuido a allanar el camino para la iniciativa «3 por 5». El ONUSIDA y la OMS calcularon en 2001 que para finales de 2005 debería ser posible facilitar terapia antirretroviral a tres millones de personas de países en desarrollo, pero el compromiso internacional, la movilización de fondos y la captación de pacientes han quedado a la zaga. La enérgica defensa de esa meta por grupos de activistas en foros como la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en 2002 en Barcelona ayudó a traducir la idea de un acceso ampliado a los antirretrovirales en un compromiso político en firme que deberá ser cumplido por los gobiernos nacionales, las Naciones Unidas y otras instituciones internacionales importantes.

Desde que los problemas para acceder a los tratamientos contra el SIDA fueron declarados una emergencia mundial, los representantes de personas seropositivas de África, América Latina, América del Norte, Asia, el Caribe y Europa han figurado entre los asociados clave consultados para la formulación de la estrategia «3 por 5» de la OMS. Es fundamental que esa colaboración prosiga. Catalizar la creación de fórmulas innovadoras de colaboración es una manera de cambiar los planteamientos y las formas de trabajar en el ámbito de la salud mundial. La iniciativa de tratamiento está convirtiendo la participación comunitaria en un elemento mensurable de los procesos programáticos y sus resultados: se ha establecido la meta intermedia de crear para

Recuadro 3.3 El éxito de un esfuerzo comunitario en Suriname

En Suriname, al igual que en muchos otros países en desarrollo, los medicamentos contra el VIH/SIDA no están incluidos en las prestaciones de ningún seguro médico, sea público o privado, ni subvencionados por el Estado. Aunque el país consigue importar fármacos relativamente baratos del Brasil y la India, el costo del tratamiento (unos US\$ 60 mensuales por paciente) es demasiado elevado para la mayoría de las personas afectadas por el VIH/SIDA, muchas de las cuales han fallecido por esa causa.

Para contribuir a evitar que se produzcan más muertes, se ha establecido en Suriname el Fondo de Emergencia para el VIH/SIDA, con la colaboración, entre otros, de la Organización Panamericana de la Salud. El Fondo, que recibió una contribución inicial de US\$ 15 000 del Fondo del Canadá para África, inició la compra de medicamentos en septiembre de 2002. Se solicitaron asimismo donaciones privadas, en forma de «apadrinamientos» de dos niños o un adulto por un importe anual de US\$ 600. En los primeros seis meses pudieron beneficiarse de la labor del Fondo 50 personas, aunque

los recursos iniciales fueron insuficientes para atender la demanda.

En colaboración con un comité de captación de fondos, el Fondo organizó una campaña mediática con la intención de recaudar unos US\$ 70 000, objetivo éste que parecía imposible de alcanzar, teniendo en cuenta la precaria situación económica del país y el estigma que rodea la enfermedad. Sin embargo, se reunieron más de US\$ 150 000. Desde entonces, las donaciones totales han superado los US\$ 200 000, lo que permitirá sostener el Fondo durante uno o dos años.

diciembre de 2004 en el mundo entero 3000 alianzas entre dispensarios de terapia antirretroviral del sector convencional y grupos comunitarios (16).

Pasar de la sensibilización a la prestación de servicios

La sensibilización, la educación comunitaria y la promoción de los derechos van a resultar cruciales para llevar a buen puerto la extensión masiva del tratamiento. El papel fundamental que las comunidades desempeñan en la prevención y la atención a largo plazo ha quedado ampliamente reconocido (17). En muchos países que están tratando de ampliar la cobertura con terapia antirretroviral pese a padecer una grave escasez de personal de salud, los miembros de las comunidades locales participarán además directamente en la prestación de servicios y apoyo (18). Cada vez se conocen más ejemplos de programas de tratamiento innovadores que demuestran que los miembros de la comunidad y las organizaciones que los representan también son capaces de llevar a cabo una amplia variedad de tareas esenciales relacionadas con la prestación de servicios de tratamiento antirretroviral.

Las evaluaciones rápidas de puntos de tratamiento efectuadas en algunos países con alta carga de morbilidad, unidas a una serie de programas documentados, demuestran que la función esencial de las comunidades y las familias estriba en el apoyo que brindan para asegurar el cumplimiento terapéutico. En algunos programas de tratamiento, las organizaciones comunitarias han transferido a sus propias instalaciones tareas antes desempeñadas por agentes de salud convencionales en los centros de salud. Cabe citar aquí el ejemplo de Haití y Rwanda, donde miembros de la comunidad debidamente capacitados controlan la aparición de efectos secundarios y supervisan la toma de medicamentos (19, 20).

En lugares donde el acceso al tratamiento es limitado, algunas asociaciones de personas afectadas por el VIH/SIDA han empezado, como pura estrategia de supervivencia, a ofrecer sus propios servicios, con el apoyo de organizaciones de países

Recuadro 3.4 Alianzas para ofrecer tratamiento en Uganda

En el distrito ugandés de Masaka, el tratamiento antirretroviral fue introducido para los pobres por la iniciativa Uganda Cares, en la que colaboran el Ministerio de Salud, la Business Coalition on HIV/AIDS y AIDS Healthcare Foundation/Global Immunity.

El programa de tratamiento está centralizado en el hospital distrital de Masaka, en forma de servicio ambulatorio. La oficina en el distrito de Masaka de la TASO (Organización de Ayuda a las Personas con SIDA), la organización nacional de servicios relacionados con el VIH/SIDA fundada por personas seropositivas, se encuentra dentro del mismo recinto hospitalario. La TASO-Masaka aborda la prevención, la asistencia y el tratamiento a partir de un sistema combinado de personal contratado y remunerado – por ejemplo, profesionales que prestan servicios de asesoramiento de base comunitaria – y un sistema descentrali-

zado de agentes voluntarios de la comunidad que, tras recibir la pertinente formación, se ocupan de un número de hogares dentro de su propio vecindario. Se celebran reuniones periódicas entre voluntarios de la comunidad, representantes de la TASO y personal del centro hospitalario.

La TASO desempeña, en relación con los tratamientos, varias funciones fundamentales, como las que siguen:

- Selección inicial (basada en una serie de criterios acordados), servicios de orientación y envío de personas que solicitan tratamiento por los miembros designados dentro de cada comunidad y programa de asistencia domiciliaria. De este modo, se fomenta al máximo la disposición del paciente a someterse a un tratamiento antes de su primera visita al centro hospitalario para recibir asesoramiento y ser examinado

por un médico. El servicio móvil de Kitovu (una organización comunitaria de carácter confesional dedicada a la atención a domicilio) actúa de un modo similar como asociado en el reenvío de casos.

- Seguimiento de los pacientes en el hogar y a nivel comunitario, para reducir al mínimo el número de abandonos del programa de tratamiento.
- Facilitación de un medio de transporte para acudir a las citas en el centro médico para aquellos pacientes que estén demasiado enfermos para organizarse por su cuenta.
- Apoyo nutricional para quienes lo precisen.

En términos globales, el programa de tratamiento logró al cabo de un año tras su puesta en marcha una tasa de cumplimiento terapéutico del 97% (22).

Tratando a los niños con cuidado



Jodi Bieber/Network

Sparrow Village, en Johannesburgo (Sudáfrica), es una comunidad rural en la que se presta tratamiento y apoyo psicosocial a personas afectadas por el VIH/SIDA que se hallan en las fases terminales de la enfermedad. El lugar está repleto de niños que juegan en patios pintados con colores alegres. Pero Sparrow Village no es sólo un hospicio, es también un centro de formación y una base a partir de la cual se pretende educar al público general sobre el VIH/SIDA.

«La mayoría de nuestros pacientes han sufrido rechazo y humilla-

ción», dice el Dr. Duncan McAulay. «Pero aquí encuentran un momento de paz y un poco de dignidad antes de morir.»

Para que la extensión del tratamiento surta efecto, es imprescindible asegurar una amplia participación de organizaciones de la sociedad civil y de comunidades como ésta. Algunas comunidades y organizaciones confesionales han asumido importantes responsabilidades en las actividades relacionadas con la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/SIDA.

más ricos, recurriendo al sistema convencional de atención de salud únicamente para intervenciones médicas esenciales. Muchas labores relacionadas con el tratamiento, como la administración de la vigilancia de laboratorio, son realizadas por miembros de la comunidad (21). Podemos encontrar otro ejemplo de transferencia de tareas de los centros médicos convencionales a la comunidad en Uganda, donde la oficina de la TASO en Masaka se encarga de la selección inicial y el asesoramiento de los pacientes que solicitan tratamiento antirretroviral para luego remitirlos al programa de tratamiento centralizado en el hospital del distrito (véase el recuadro 3.4).

En algunos casos, los miembros de la comunidad desarrollan su labor dentro de centros de salud convencionales. En Tailandia, por ejemplo, se han creado en establecimientos sanitarios públicos centros de atención diurna en los que las personas afectadas por el VIH/SIDA pueden reunirse y participar en diversas actividades. Las organizaciones comunitarias forman parte integrante del sistema de atención y tra-

tamiento. En Khayelitsha (Sudáfrica), numerosas personas sin conocimientos especializados se han incorporado a los centros de atención primaria para proporcionar asesoramiento, ayudando a los pacientes a establecer planes de tratamiento para mejorar el cumplimiento terapéutico (23).

Las experiencias registradas en varios puntos ya existentes de administración de tratamiento antirretroviral sugieren que las relaciones entre el centro de salud y la comunidad pueden y deben ser estructuradas para adoptar la forma de auténticos lazos de asociación. El modelo basado en la cooperación fomenta un diálogo regular, la asignación de tareas a las personas más indicadas, con independencia de su categoría profesional, y el intercambio de información. Se precisan importantes inversiones en capacitación, y también para asegurar que el personal pueda dedicar parte de su tiempo a ejercer una supervisión complementaria y fomentar la prestación de apoyo adicional. Una cuestión fundamental es que se comparta la responsabilidad del programa de tratamiento: los agentes de salud acostumbrados a tener el control de la administración de servicios, más concretamente los relacionados con el tratamiento, pueden ser reacios a compartir la responsabilidad del programa de tratamiento con las comunidades o incluso a aceptar las aportaciones de miembros de la comunidad para dar respuesta a las necesidades de un usuario.

La contratación de seropositivos como miembros del personal remunerados es otra estrategia que permite a los centros aprovechar las competencias y conocimientos únicos de estas personas y echar abajo las barreras existentes entre los servicios de salud, las comunidades y los pacientes. Según se ha constatado en diferentes programas de control de enfermedades, los profesionales de la salud suelen rechazar inicialmente la participación de miembros de la comunidad en tareas de atención y tratamiento, pero más tarde la aceptan al comprobar que se obtienen resultados positivos (24, 25).

Los centros de salud que dispensan servicios de primera línea están en contacto directo y cotidiano con las familias y los usuarios, lo que los coloca en una situación idónea para mantener lazos de asociación funcionales con las comunidades. Sin embargo, todo parece indicar que esa oportunidad excepcional a menudo se desaprovecha. Los profesionales de la salud frecuentemente ignoran a las organizaciones comunitarias, y el potencial de éstas para contribuir a la salud muchas veces no es valorado por el sistema de atención sanitaria (26).

Lograr un sentimiento común de identificación – aumentar el control de las comunidades y los usuarios sobre los servicios de salud – no sólo es deseable desde el punto de vista de los derechos humanos: es un requisito indispensable para asegurar el acceso de los pobres al tratamiento antirretroviral y a otros servicios sanitarios. Se conocen muchos ejemplos en los que este enfoque ha dado resultado. En Zambia, el hospital confesional del distrito de Chikankata puso en pie un proceso comunitario que ha dado lugar a una excelente colaboración en materia de prevención y atención del VIH/SIDA (27). En una de las comunidades más pobres de Haití, los pacientes, junto con otros miembros de su comunidad, están contribuyendo activamente a mejorar los servicios de tratamiento antirretroviral (19). La red de asociaciones de seropositivos de Sudáfrica movilizó ayuda externa y creó una amplia estructura de colaboración para el establecimiento y funcionamiento de un centro de tratamiento en Kwazulu-Natal (28).

La eficacia del modelo basado en la cooperación ha quedado claramente demostrada en lo que respecta a los programas de pequeño alcance; se trata ahora de empezar

Educación de profesionales del sexo en Dhaka



Shahidul Alam/Drik/Network

En Dhaka (Bangladesh), Hajera ha fundado una cooperativa de trabajadoras sexuales para luchar por la mejora de las condiciones de trabajo de sus compañeras. Todas las tardes las dedica a distribuir preservativos entre las prostitutas y compartir información sobre el VIH/SIDA.

La participación comunitaria constituye una dimensión reconocida de la acción de salud pública. CARE Bangladesh, una organización no gubernamental, ha puesto en marcha un programa de modificación de

comportamientos dirigido a grupos específicos, con la finalidad de educar a los sectores vulnerables de la población, facilitar el acceso a los preservativos y promover el uso de puntos de distribución de preservativos. Los distribuidores obtienen una pequeña compensación pecuniaria, aprenden a leer y escribir y reciben educación sanitaria básica sobre el VIH/SIDA.

a aplicar esos modelos a mayor escala. Conforme los países avancen en la extensión de la administración del tratamiento, tal vez se podrían aprovechar las estructuras de servicios de salud ya existentes para facilitar diversas fórmulas de asociación con las comunidades. Es posible que en muchos entornos las estructuras más indicadas sean las estructuras de primera línea relacionadas con la atención primaria.

Para lograr que la participación comunitaria se convierta en práctica común dentro de los servicios de salud ya existentes que se pretende aprovechar para la extensión masiva de la terapia antirretroviral, habrá que esforzarse por modificar las relaciones entre comunidades y dispensadores de asistencia sanitaria. Entre otras cosas, será preciso fomentar entre los profesionales de la salud las actitudes y aptitudes apropiadas para trabajar con las comunidades, e introducir una serie de incentivos para ese tipo de tareas. Los recursos deberán asignarse de manera que refuercen los servicios

de primera línea que tienen un contacto más directo con las comunidades. También habrá que fortalecer la capacidad de las comunidades para asegurar una mayor participación y adoptar medidas expresamente destinadas a incrementar su identificación con las distintas iniciativas.

INTERVENCIÓN DE LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS EN EL TRATAMIENTO

Una manera de reforzar la implicación activa de las comunidades en el desarrollo sanitario consiste en dar formación a algunos de sus miembros y hacerlos participar como agentes de salud comunitarios. Hasta la fecha, en los entornos con pocos recursos los programas de tratamiento antirretroviral rara vez se han basado en programas ya existentes de trabajadores comunitarios, pero es importante que los países evalúen sus experiencias en esta esfera y busquen oportunidades para trabajar con supervisores de agentes de salud comunitarios y personas reclutadas de asociaciones de personas afectadas por el VIH/SIDA (véase el recuadro 3.5).

Los agentes de salud comunitarios han logrado encajar muy bien en los programas no gubernamentales de pequeña escala, así como en los programas nacionales de gran escala integrados en el sistema de salud pública. En muchos países del África subsahariana, por ejemplo, encontramos organizaciones confesionales que llevan 20 años dispensando una atención de calidad. Muchos servicios sanitarios confesionales cuentan con amplias plantillas de extensionistas, trabajadores que prestan servicios domiciliarios de salud y agentes de salud comunitarios, que conforman redes excepcionales (29). Otras organizaciones con tejidos similares han desempeñado también un papel importante en la prevención y atención del VIH/SIDA. La ejecución práctica de la iniciativa «3 por 5» se articulará, en parte, a través de este tipo de infraestructuras, aprovechando las capacidades y redes ya existentes.

Asegurar la participación de los agentes de salud comunitarios es un elemento clave del enfoque práctico de la ampliación de la cobertura terapéutica: aunque los datos de que se dispone actualmente distan mucho de ser exhaustivos, facilitan suficiente información para que los encargados de la planificación y ejecución de proyectos se pongan de inmediato a preparar programas, adoptando para ello un enfoque progresivo y basado en la solución de problemas y respondiendo a los obstáculos a medida que vayan surgiendo. La investigación operativa será fundamental para asegurar un

rápido intercambio de información sobre las lecciones extraídas de la participación de agentes de salud comunitarios, conforme se amplíe el alcance de los programas. Este tipo de investigación debe ser planificado y presupuestado.

Los agentes de salud comunitarios no deben ser vistos simplemente como cooperantes locales capaces de desempeñar temporalmente tareas para las que el sistema convencional de prestación de atención de salud carece de recursos. No son una solución barata para las carencias de recursos humanos. Antes bien, los programas de agentes de salud comunitarios pueden y deben ser considerados parte integrante de una estrategia más amplia destinada a potenciar el papel de las comunidades, capacitarlas para lograr un mayor control sobre su propia salud y mejorar la salud de sus miembros.

Las siguientes esferas son vitales para obtener buenos resultados:

Inclusión de actividades curativas: las comunidades suelen tener una necesidad directa de atención curativa. Si los agentes de salud comunitarios no participan en esta esfera, las personas mostrarán menos interés por sus actividades y no las apoyarán en la misma medida (30). Las experiencias registradas, por ejemplo, en Nepal demuestran que, cuando se adoptan políticas que permiten a los agentes de salud comunitarios dispensar medicamentos, aumenta la motivación de esos trabajadores, al tiempo que crece su aceptación dentro de la comunidad general (31). Por otro lado, la obtención de resultados inferiores a lo esperado en programas de agentes de salud comunitarios se asocia frecuentemente a un suministro insuficiente de medicamentos (32, 33).

Supervisión de apoyo, mantenimiento de vínculos estrechos con los profesionales de la salud y sistemas de derivación: según se desprende de experiencias recientes, cuando hay supervisión, los programas de tratamiento contra el VIH/SIDA basados ampliamente en la participación de agentes de salud comunitarios son capaces de mantener la calidad (34). Algunas experiencias de Haití, Rwanda y Sudáfrica relacionadas con el tratamiento antirretroviral demuestran que es posible asegurar una supervisión eficaz mediante la celebración de reuniones periódicas, el uso de formularios sencillos que facilitan la presentación de informes y la retroinformación, y la disposición de los profesionales de la salud a trabajar con las comunidades (19, 20). Los programas de agentes de salud comunitarios deben integrarse en un sistema de derivación que abarque centros sanitarios más especializados capaces de dar respuesta a los problemas que no se pueden resolver en niveles inferiores.

Remuneración: cuando los agentes de salud comunitarios reciben una compensación financiera, se constatan efectos tanto positivos (retención de los trabajadores) como negativos (las comunidades los ven como funcionarios públicos) (28). Los agentes de salud comunitarios que colaboran como voluntarios únicamente pueden dedicar cada semana un tiempo limitado a esa labor.

Se han introducido fórmulas innovadoras para compensar a los voluntarios por el tiempo invertido. Así, por ejemplo, los voluntarios comunitarios que participaban en un programa de lucha contra la oncocercosis en el distrito ugandés de Kabarole combinaban la distribución de medicamentos contra la enfermedad con la venta de preservativos, medida ésta que acabó convirtiéndose en una eficaz actividad generadora de ingresos (35). En varios países, los voluntarios no son remunerados, pero reciben incentivos de valor monetario, por ejemplo una bicicleta que puede ser utilizada con otros fines. La remuneración es necesaria para mantener el nivel requerido de compromiso a largo plazo, siempre que los agentes de salud comunitarios dediquen a esta labor una cantidad de tiempo comparable a la invertida por trabajadores de

Recuadro 3.5 Aprovechamiento de la experiencia de personas afectadas por el VIH/SIDA – el caso de Hellen

Hellen trabaja como empleada administrativa en un centro para el tratamiento del VIH/SIDA ubicado en una zona rural de Uganda. Dado que ella misma es seropositiva y lleva nueve meses bajo terapia antirretroviral, conoce de primera mano los altibajos que pueden surgir durante el tratamiento. Su experiencia le permite estar a la altura de muchas de las inquietudes planteadas por los pacientes que acuden al dispensario.

Por otro lado, Hellen es miembro de la Comunidad Nacional de Mujeres Ugandesas

afectadas por el SIDA. Como militante de esta agrupación, organiza servicios de apoyo nutricional para pacientes bajo tratamiento y colabora en actividades de educación sobre el tratamiento antirretroviral a nivel comunitario. Como miembro de un grupo de teatro local que hace dramatizaciones sobre el VIH/SIDA, participa asimismo en la educación comunitaria. Hellen es, por tanto, el prototipo de miembro de la sociedad civil experto en el tema que puede tender puentes eficaces entre el sector sanitario convencional, la comunidad extensa

y las personas afectadas por el VIH/SIDA, y contribuir así a vincular los esfuerzos de prevención y los de tratamiento.

He aquí lo que Hellen opina sobre su labor dentro de la comunidad: «El trabajo a nivel comunitario es importantísimo. La gente sabe muy poco sobre los tratamientos contra el VIH. Si tienes buen aspecto, gracias al tratamiento que recibes, las personas se niegan a creer que tengas SIDA. Piensan que tu enfermedad es otra cosa.» (22).

salud con la pertinente formación profesional. Ningún programa de agentes de salud comunitarios, con independencia de que funcione con voluntarios o con trabajadores remunerados, está libre de costos; todos ellos precisarán un presupuesto para ser eficaces y sostenibles.

Relaciones con la comunidad: el respaldo y reconocimiento de las organizaciones y los líderes comunitarios, así como el agradecimiento de los miembros de la comunidad, son incentivos fundamentales para los agentes de salud comunitarios (36). Para fomentar esas relaciones se deberá hacer participar a asociaciones de seropositivos y a otras organizaciones y líderes de la comunidad cuyo apoyo será de suma importancia. A través de sus redes, las organizaciones comunitarias quizá puedan complementar la labor de los agentes de salud comunitarios, ocupándose de necesidades como la nutrición o la generación de ingresos. Los esfuerzos encaminados a mantener a estos trabajadores estrechamente vinculados con las organizaciones comunitarias son, por tanto, esenciales. Este objetivo puede lograrse si se aprovechan las organizaciones de base comunitaria ya existentes para establecer y administrar el programa de agentes de salud comunitarios. Será fundamental adoptar mecanismos que garanticen el rendimiento de cuentas. Una forma de asegurar que eso se cumpla es asignar el control de la compensación monetaria o de otra índole de los trabajadores comunitarios a la comunidad, en lugar de al sistema convencional de atención sanitaria.

POTENCIACIÓN DEL PAPEL DE LA COMUNIDAD Y SALUD PÚBLICA: FORJAR EL FUTURO

La participación comunitaria es crucial para todos los aspectos de un manejo integral del VIH/SIDA: la prevención, el tratamiento, la atención, el apoyo y también la investigación (véase el capítulo 5). En la expansión del tratamiento hacia la consecución de las metas de la iniciativa «3 por 5» y más allá de éstas, la sociedad civil debe exigir un mejor desempeño a los sectores público, privado y no gubernamental. La extensión masiva del tratamiento no se puede lograr sin un compromiso por parte de los gobiernos, pero la acción promotora de la sociedad civil puede respaldar ese compromiso.

El éxito de este esfuerzo en el ámbito de la lucha contra el VIH/SIDA tendrá importantes implicaciones en la agenda general de salud pública. La necesidad de asegurar la participación comunitaria para ampliar el acceso al tratamiento representa una buena oportunidad para reforzar las aptitudes y catalizar la colaboración entre las comunidades, los dispensadores de atención de salud y los planificadores de salud pública; los resultados así obtenidos pueden transferirse luego a otras esferas de la labor de salud pública y contribuir a fortalecer el conjunto del sistema sanitario. Las comunidades que han sido educadas y movilizadas para la lucha contra el VIH/SIDA y la prestación de servicios y apoyo relacionados con la enfermedad estarán mejor preparadas para participar en la promoción de la salud, el control de enfermedades y los esfuerzos de tratamiento desplegados para hacer frente a otros problemas sanitarios. Estos últimos incluyen la tuberculosis y la malaria, la salud maternoinfantil y las enfermedades crónicas que afectan a los adultos en países de ingresos bajos y medios. Reconocer y reforzar estas capacidades forma parte del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud. Si se logra acelerar ese proceso, es posible que la iniciativa «3 por 5» contribuya de un modo duradero a la mejora de la salud mundial.

En este capítulo se ha resaltado el decisivo papel que las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil desempeñan en la lucha contra el VIH/SIDA y el éxito de la iniciativa «3 por 5». Los gobiernos y las organizaciones internacionales, entre ellas la OMS y sus asociados, catalizarán este proceso. En el siguiente capítulo se explica cómo esa respuesta integral, con la estrecha participación de todos los aliados, trata de fortalecer los sistemas sanitarios y lograr así mejoras a largo plazo en los servicios de salud para todos.

Referencias

- Newell KW, ed. *La salud por el pueblo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en inglés y francés; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (en inglés), visitado el 20 de febrero de 2004).
- Kahssay HM, Oakley P, eds. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (Public Health in Action, N° 5).
- A global review of primary health care: emerging messages*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01, p. 17).
- Advisory Committee of People With AIDS. *The Denver Principles*. 1983 (<http://www.actupny.org/documents/Denver.html>, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1).
- Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2002:64-65.
- De los principios a la práctica: mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1999.
- El VIH/SIDA y los derechos humanos: Directrices internacionales, 1998. Sexta Directriz revisada: Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, 2002*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1998; 2002.
- Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Nueva York, Naciones Unidas, 2001 (período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, párrafo 58).
- Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *Lancet*, 2002, 359:2188-2194.
- Kindermans JM, Matthys F. Introductory note: the Access to Essential Medicines Campaign. *Tropical Medicine and International Health*, 2001, 6:955-956.
- DNDi: an innovative solution (working draft)*. Ginebra, Drugs for Neglected Diseases Initiative, 2003 (http://www.dndi.org/cms/public_html/images/article/268/InnovativeSolutioncolour.pdf, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública*. Ginebra, Organización Mundial del Comercio, 2001 (http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002 (Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/32; [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.RES.2002.32.sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.RES.2002.32.sp?Opendocument), visitado el 20 de febrero de 2004).
- OMS/ONUSIDA. *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003:55.
- La movilización de la comunidad y el SIDA. ONUSIDA Actualización técnica. Abril de 1997*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- Emergency scale-up of antiretroviral therapy in resource-limited settings: technical and operational recommendations to achieve 3 by 5. Draft report from the WHO/UNAIDS Zambia Consultation, 18-21 November 2003, Lusaka, Zambia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/zambia/en/>, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, Gupta R, Tarter L, Yong Kim J. Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introducción del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, N° 6, 2002, 77-83.
- Essengue S. *Human resources and service delivery issues in antiretroviral treatment services: report of treatment site visits in Rwanda, October 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Departamento de Prestación de Servicios de Salud, informe inédito).
- De Gagné D. Community capacity for treatment: the solidarity in treatment project. In: Goede H, Ansari W, eds. *Partnership work: the health service-community interface for HIV/AIDS prevention, care and treatment. Report of a WHO consultation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590963.pdf>, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Goede H, Matsiko C. *Human resources and service delivery issues in antiretroviral treatment services: report of treatment site visits in Uganda, October 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Departamento de Prestación de Servicios de Salud, informe inédito).
- Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha Programme in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment Series; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
- Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. *Community-directed treatment of lymphatic filariasis in Africa. Report of a multicentre study in Ghana and Kenya*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (TDR/IDE/RP/CDTI/00.02).
- Kironde S, Nasolo J. Combating tuberculosis: barriers to widespread non-governmental organisation involvement in community-based tuberculosis treatment in South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2002, 6:679-685.
- Kahssay HM, Baum F, eds. *The role of civil society in district health systems: hidden resources*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (de próxima aparición).
- Williams, G. *From fear to hope*. St Albans, Teaching Aids at Low Cost, 1990 (Strategies for Hope Series).
- Ithembalabantu "People's Hope" Clinic KwaZulu-Natal, South Africa: first year progress report, July 2003*. Amsterdam, AIDS Healthcare Foundation Global Immunity, 2003 (http://www.ahfqi.org/global_pdf/SARreport_a4.pdf, visitado el 20 de febrero de 2004).
- The role of faith-based organizations in the fight against HIV/AIDS*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2004 (de próxima aparición).
- Walt G, Ross D, Gilson L, Owuor-Omondi L, Knudsen T. Community health workers in national programmes: the case of the family welfare educators of Botswana. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1989, 83:49-55.
- Curtale F, Siwakoti B, Lagrosa C, LaRaja M, Guerra R. Improving skills and utilization of community health volunteers in Nepal. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1117-1125.
- Parlato M, Favini M. *Progress and problems: an analysis of 52 A.I.D. assisted projects*. Washington, DC, American Public Health Association, 1982.
- Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo district, Zambia. *Health Policy*, 2003, 65:109-118.
- Uys LR. The practice of community caregivers in a home-based HIV/AIDS project in South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11:99-108.
- Kipp W, Burnham G, Bamuhiga J, Weis P, Buttner DW. Ivermectin distribution using community volunteers in Kabarole district, Uganda. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:167-173.
- Strengthening the performance of community health workers: interregional meeting of principal investigators, 12-16 November 1990*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (SHS/DHS/91.1).