

teeyadaahkhan

conectar

aw naatavi

uskud

connect

耳关终

ata

17 ACTIVIDADES EN 9 CIUDADES

conectando *con los cuidados*

Atendiendo necesidades no cubiertas en VIH

CUADERNO DE TRABAJO



You can use this page to mark your place.

“Trabajen con la cabeza,
la mente y el corazón.”

EDUCADOR DE SALUD PÚBLICA,
SANTA FE, NUEVO MÉXICO



Fundada en 1984, AIDS Action es una organización nacional sin ánimo de lucro con sede en Washington, D.C., que pone en marcha actividades educativas para recaudar fondos y promover políticas eficaces y sólidas para hacer frente al VIH. AIDS Action trabaja para cubrir las necesidades de las personas que viven con la infección del VIH o están en riesgo y las de las organizaciones que las sirven.

AIDS Action consta de dos componentes: *La Fundación AIDS Action* [501c(3)], que desarrolla y difunde materiales educativos sobre los más recientes programas y políticas, el impacto demográfico del VIH y la investigación médica.

El Consejo AIDS Action [501c(4)] actúa como portavoz nacional de las organizaciones comunitarias, los departamentos y clínicas de salud locales, los proveedores de servicios y los educadores de salud abogando a favor de una legislación eficaz y a favor de programas y políticas para el tratamiento, los cuidados y la prevención del VIH.





TABLE OF CONTENTS

INTRODUCCIÓN	1
ÍNDICE CRONOLÓGICO	10
MAPA DE CIUDADES	21
ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES	23
LAS CIUDADES DE UN VISTAZO	27
17 ACTIVIDADES	49
LISTADO DE RECURSOS	154
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN	155
AGRADECIMIENTOS	157
NOTAS FINALES	158

WORDS USED IN THE UNITED STATES THAT MEAN OR EXPRESS AN IDEA OF "CONNECTION"

Uskuq.....	Yup'ik (Alaska)
teeyadaq̄hkhan	Gwich'in (Alaska)
Ata.....	Inupiaq (Alaska)
aw naatavi.....	Hopi
conectar.....	Spanish
联系.....	Mandarin
Connect.....	English
Aa'áháya bidiit'í!.....	Navajo

Conectando

CON LOS CUIDADOS

Conectar: unir, enlazar, establecer relación, poner en comunicación; lograr una buena comunicación con alguien. (Real Academia Española)

NECESIDADES NO CUBIERTAS:

las de personas que viven con el VIH, conocen su status y no reciben cuidados médicos básicos regularmente. (HRSA)

Este libro de trabajo trata sobre formas de conectar a personas con el cuidado médico. Trata sobre personas que se ocupan de asesorar e informar acerca de los recursos disponibles, coordinadores de grupos de apoyo, educadores de salud, enfermeras, personal hospitalario, terapeutas, consejeros de alojamiento, operadores de líneas de información y emergencia y manejadores de casos. Trata sobre las ideas, esfuerzos, actitudes, metodologías, intervenciones y estrategias que forman parte del conocimiento y la tecnología necesarios para mantener saludables a las personas. Trata sobre actividades diseñadas para expresar la acción de cuidar.

Conectar con los cuidados puede significar cosas distintas para distintas personas. Para algunas, significa sobrevivir o tener acceso a una información necesaria para tomar decisiones cruciales; para otras, significa disponer de un medio de transporte para ir a la consulta médica o disponer de un entorno seguro en el que poder expresar su miedo, y para otras, significa recibir los resultados de una prueba de laboratorio en un lenguaje que puedan entender. Ante todo, las conexiones con los cuidados tratan sobre personas. Se establece una conexión entre dos personas — por un lado tenemos una persona con una necesidad y por otro, una persona con las capacidades para cubrir esa necesidad. Ambas han de tener el deseo consciente y la disposición para conectar.

INTRODUCCIÓN

En este libro de trabajo se describen diecisiete actividades en nueve ciudades distintas. En las descripciones generales, todas las actividades responden a un objetivo central: cómo ayuda la actividad a personas VIH+ que conocen su status a conectar con los cuidados. La intención de este libro de trabajo es inspirar a las personas que trabajan en el campo de los servicios VIH a explorar esta cuestión.

Las descripciones de las actividades presentadas en este libro de trabajo son el resultado de entrevistas de tres o cuatro horas realizadas a proveedores de servicios de nueve lugares distintos, que van desde Nashville, Tennessee hasta Anchorage, Alaska, como parte de un proyecto de investigación sobre "necesidades no cubiertas." Las personas entrevistadas no recibieron el cuestionario por adelantado. El equipo de investigación tomó nota de la información en el curso de las entrevistas y la mayor parte del contenido de las descripciones de las actividades se tomó directamente de las transcripciones de las entrevistas. La información sobre cada actividad se presenta dividida por secciones e intenta, en lo posible, mantener el lenguaje y estilo de las respuestas de los proveedores de servicios.

Se pidió a los proveedores de servicios VIH, haciéndoles una serie de preguntas, que describieran las actividades que ayudan a las personas VIH+ que conocen su status a conectar con los cuidados y que identificaran qué parte de las actividades podría ser considerada como el elemento clave de la "conexión." Ninguno de los proveedores de servicios se lo habían preguntado antes. Durante las entrevistas, se hicieron descubrimientos. En muchas ocasiones, ciertos elementos de un programa de intervención concreto se revelaban como significativos para conectar a las personas con los cuidados. En varias entrevistas, el proveedor descubría que una actividad que carecía de denominación formal en el programa jugaba en realidad un papel clave a la hora de conectar a las personas con los cuidados; entonces se buscaba un nombre a estas actividades "invisibles" para poder así documentarlas en este libro de trabajo.

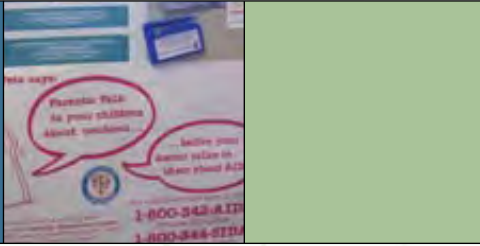


Las preguntas formuladas a los proveedores de servicios sobre los elementos de la actividad que ayudaban a conectar a las personas con los cuidados estimulaban el pensamiento, el descubrimiento y la creación. Teniendo esto en cuenta, este libro de trabajo se ha diseñado para ser usado como una herramienta creativa para ayudar a establecer tres conexiones principales; conectar con las experiencias de otros proveedores de servicios; conectar con los elementos de una actividad concreta que estimulan a una persona a buscar cuidado; y conectar las lecciones de este libro de trabajo con las características específicas y particulares de su servicio VIH.

“NECESIDADES NO CUBIERTAS” – UN NUEVO PARADIGMA

Los proveedores de servicios VIH se enfrentan con crecientes dificultades para que las personas VIH+ que necesitan atención y cuidados establezcan su relación continuada con los cuidados. Muchas de las razones de esta “falta de compromiso” son de naturaleza estructural y sobrepasan la capacidad de un solo programa o actividad para resolverla. Por ello, un objetivo realista para este proyecto consiste en concentrarse intencionadamente en las actividades individuales, de grupo o comunitarias puestas en marcha en diversos lugares que logran ayudar a las personas VIH+ a conectar con los cuidados. Este libro de trabajo constituye un esfuerzo para tratar activa y prácticamente la nueva definición que la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, en inglés) ha propuesto para las “necesidades no cubiertas” en el contexto de la legislación de la Ryan White Care Act. Las “necesidades no cubiertas” se definen como las de “personas que viven con el VIH, son conscientes de su status, pero no reciben cuidados médicos básicos regularmente.”

Si entendemos la relación de una persona con los servicios de salud pública como un “continuo de compromiso,” entonces las expresiones de uso común “en cuidados” o “sin cuidados” no nos proporcionan ni la perspectiva ni la profundidad de pensamiento para entender el espectro dinámico de las relaciones reales de las personas con los sistemas de salud públicos o privados. La dicotomía “en” o “sin” cuidados médicos resulta demasiado simple. Las lecciones que hemos aprendido de la investigación previa a la realización de este libro de trabajo indican con claridad que muchas personas VIH+ tienen relaciones precarias, inconsistentes, fallidas o inexistentes con los servicios VIH de atención médica.

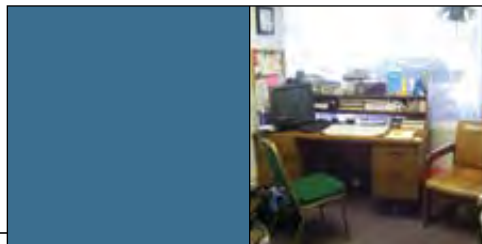


La premisa del nuevo lenguaje programático de “necesidades no cubiertas,” que es dar forma a un esfuerzo a nivel nacional para que las personas VIH+ que conocen su status y no están recibiendo cuidados médicos los reciban, es clara: los sistemas de atención sanitaria satisfacen las necesidades médicas y de servicios de apoyo de las personas diagnosticadas con un virus que puede ser fatal y transmisible. Además, muchas de las personas que viven con este virus quedan fuera del ámbito de la red de servicios — miembros “invisibles” de la comunidad — y no constan en los registros de usuarios de atención sanitaria. Si las “necesidades no cubiertas” se están convirtiendo en un objetivo de trabajo en VIH debido a la legislación actual y futura, nuestro punto de arranque común está claro: las estrategias que no se adapten a situaciones específicas y la programación de servicios genérica no alcanzan ni alcanzarán a todas las personas que engloba esta nueva definición.

Este momento marca el principio de un giro en la respuesta al VIH, un giro que es el resultado de haberse hecho nuevas preguntas. Solo es un primer paso del proceso; las preguntas han de hacerse más claras, en voz más alta y en distintos idiomas, para que todo el mundo pueda oírlas. Será la fuerza de las preguntas la que nos ayudará a todos — gobierno, comunidad científica y sector privado — a seguir buscando las respuestas importantes. Las preguntas que hicimos a los proveedores de servicios VIH entrevistados para este libro de trabajo son parte del nuevo paradigma o marco de referencia: qué actividades, metodologías ayudan a las personas VIH+ a conectar con los servicios de atención y cuidados; y qué elemento específico, cualidad o filosofía de la actividad permite que ocurra esa conexión.

LA LECTURA DE ESTE LIBRO DE TRABAJO

El libro de trabajo “Conectando con los Cuidados” propone una experiencia de lectura dinámica; está estructurado para que se pueda entrar y salir de las distintas secciones, permitiendo que quien lo lea se haga su propia lectura y cree su propia historia. Dos personas no harán la misma lectura. Por ejemplo, puede empezar leyendo acerca de una actividad que le interese, de ahí puede pasar al texto sobre la ciudad en la que se llevó a cabo la actividad, después puede pasar al índice para leer sobre otra actividad que también suscite su interés, puede leer acerca de esa actividad, después puede consultar el índice cronológico para buscar información sobre la historia de lo que acaba de leer. Mientras lee el libro de trabajo, tal vez comience a ver el trabajo de su propia organización reflejado en alguna de las descripciones de actividades.



Tal vez se identifique con una característica que aparezca en la descripción de una de las ciudades, o tal vez pueda identificar hechos del pasado incluidos en el índice cronológico que hayan influido en su trabajo.

Para ayudarle a “conectar” con el material que más le interese, el libro de trabajo sugiere posibles trayectos de una sección a otra. Cuando empiece a leer este libro de trabajo, verá cómo le ayuda a planificar un itinerario de lectura.

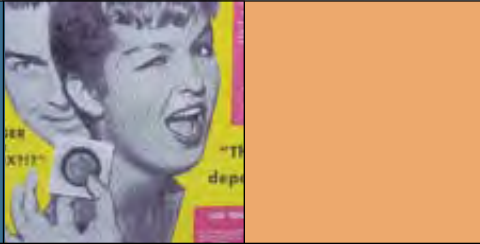
EL ÍNDICE CRONOLÓGICO

Mientras desarrollábamos el libro de trabajo, vimos con claridad que si íbamos a incluir las “necesidades no cubiertas” como una nueva definición en la jerga política y de intervención del trabajo en VIH para hablar de cambios en nuestra forma de trabajo, necesitábamos entender cómo se llegó a este concepto y qué hechos históricos prepararon el camino. Si vamos a participar juntos — salud pública, política social y comunidades VIH — en una respuesta compartida, necesitamos examinar los hechos históricos que han determinado nuestra forma de trabajar, la forma en que está organizada nuestra captación de fondos y qué objetivos tratamos de alcanzar. Por esta razón, hemos incluido un índice cronológico en el libro de trabajo. El índice cronológico resalta los hechos significativos que han dado forma a nuestro pensamiento y nuestra forma de trabajar a través de los años.

Resulta útil hacerse una idea de la historia del VIH en los Estados Unidos de naturaleza arqueológica con estratos de teorías, hechos, estadísticas, errores y objetivos que se han de excavar y estudiar. Las primeras teorías acerca de lo que era el VIH y como se transmitía estaban repletas de suposiciones incorrectas. Esa historia todavía sigue con nosotros hoy día, debajo de estratos de información más actual y nuevas suposiciones. La forma en que se enmarcó la epidemia desde los primeros años es todavía parte de nuestro lenguaje y pensamiento actuales.

Por ello, es importante detenerse un momento para mirar de frente la historia del VIH; cómo se ha venido formando al lenguaje acerca del VIH; las respuestas sociales y gubernamentales al VIH a través del tiempo; y, teniendo esto en cuenta, mirar de frente a la epidemia tal como es hoy en día.

INTRODUCCIÓN



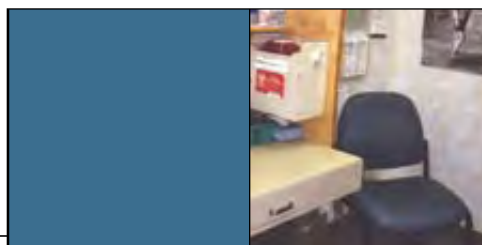
Si se lee con atención, el índice cronológico puede usarse para entender el curso histórico de la legislación y las políticas que guían nuestro discurso actual sobre “necesidades no cubiertas.” Se puede seguir la evolución de las estrategias organizadas en el ámbito federal así como los orígenes de cada una de las actividades incluidas en este libro de trabajo.

Atender las necesidades no cubiertas de las personas que conocen su status VIH+ pero no reciben atención ni cuidados médicos de forma regular será cada vez más una parte significativa de nuestro trabajo. Sin embargo, observando nuestra historia, queda claro que esta ha sido una parte fundamental de nuestro trabajo desde el principio. Las primeras intervenciones formales, que atendían a las personas que morían en poco tiempo debido a un virus no identificado, trataban de ayudar a estas personas a recibir el apoyo y los cuidados médicos que necesitaban. Esta parte de la respuesta a la epidemia no ha cambiado. El índice cronológico se ha diseñado para proporcionar al lector un marco histórico de las diecisiete actividades. Sus metodologías básicas no son nuevas. Los orígenes de todas las actividades pueden encontrarse en los primeros servicios que se desarrollaron para atender las necesidades emergentes de las personas VIH+.

EL ÍNDICE DE CIUDADES

Todas las actividades presentadas en este libro de trabajo se enmarcan en el contexto de una ciudad o población. Las características particulares del lugar donde reside una persona marcan significativamente la trayectoria de su salud y sus opciones de cuidados médicos. La respuesta de los Estados Unidos a la epidemia del VIH está ligada a las estadísticas de sus áreas geográficas — de la ciudad, del estado y del país. Se informa acerca de la mayoría de datos dentro de este contexto. Sin embargo, hay mucho que aprender acerca de una ciudad o un estado además del número de casos de VIH o SIDA de los que se informa. La belleza, la cultura y la historia se combinan con la economía, edad, orígenes étnicos, raza e idioma de sus habitantes dibujando la imagen de una realidad compleja que compone la identidad de una ciudad.

El índice de ciudades de este libro de trabajo permite una rápida ojeada a cada una de las ciudades en las que se han llevado a cabo las actividades descritas. Le invitamos a usar esta información para hacerse su propia idea, mientras teje la historia entre las personas, el lugar y los cuidados. Tal vez se identifique con la descripción de una ciudad y eso le llevará a leer la descripción de una actividad que tuvo lugar en ella. O quizás después de leer acerca de una actividad,



quiera ampliar su campo de visión colocándola dentro de la descripción de una ciudad. Probablemente se encuentre abriendo su propio camino a través de este libro de trabajo, de una ciudad a una actividad y de vuelta a otra ciudad.

LAS 17 ACTIVIDADES

Las descripciones de las actividades están desglosadas bajo cuatro categorías principales:

DESCRIPCIÓN, LOGÍSTICA, PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES, Y RESULTADOS.

La primera página de cada actividad comienza con una breve descripción de la actividad y un cuadro que incluye tres comentarios distintos sobre el grado de proximidad a los cuidados que las personas alcanzan gracias a la actividad seguido por un epígrafe donde se informa sobre la agencia que realiza la actividad en la actualidad. El propósito de estos comentarios es orientar al lector brevemente sobre el tipo de intervención — individual, de grupo o comunitaria — y las características clave de la actividad. Esta información puede ayudarle a hacer una primera selección de las actividades acerca de las que quiera leer. Una vez que empiece a leer acerca de las actividades con mayor profundidad, verá que hablan por sí solas.

SELECCIÓN DE LOS CONTENIDOS DEL LIBRO DE TRABAJO

AIDS Action, en colaboración con el HIV/ AIDS Bureau (HAB) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), investigó las intervenciones y metodologías puestas en práctica por distintos tipos de proveedores de servicios en nueve ciudades distintas de seis regiones geográficas de los Estados Unidos. La selección de las ciudades y organizaciones se realizó en colaboración con los directores de división del HAB. Se hizo un esfuerzo para investigar intervenciones y metodologías (a las que nos referimos como 'actividades' en este libro de trabajo) de un conjunto diverso de tipos de organizaciones: departamentos de salud, organizaciones de servicios VIH, servicios de vivienda, organizaciones de la comunidad, organizaciones basadas en la fe, clínicas, hospitales y comunidades terapéuticas para el tratamiento del abuso de drogas. Las ciudades se escogieron para poder ofrecer una representación cultural diversa de distintas partes del país y para reflejar la diversidad de las características epidemiológicas del VIH y de su financiación. La investigación podría haberse

INTRODUCCIÓN



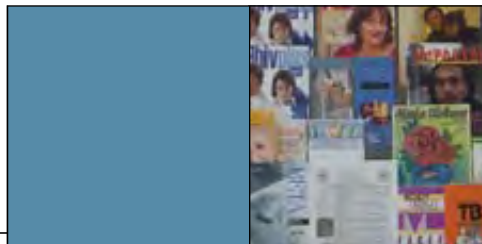
realizado en muchas otras organizaciones y muchas otras ciudades del país y los resultados hubieran sido igual de ricos. Las nueve ciudades y diecisiete actividades incluidas aquí se han seleccionado para ofrecer una amplia colección de metodologías de intervención.

Encontrará variaciones en el número de actividades vinculadas a las nueve ciudades. Estas diferencias solo son debidas a limitaciones de tiempo y recursos humanos, tanto de AIDS Action como de las propias organizaciones. Algunas actividades muy interesantes se han quedado fuera simplemente debido a limitaciones de espacio.

Los nombres de las organizaciones y de las personas que trabajan en ellas se han omitido intencionadamente en las descripciones de las actividades en un esfuerzo de mantenernos fieles a la intención del proyecto. Si su organización quisiera conocer más detalles acerca de una actividad, puede consultar la lista incluida al final de este libro de trabajo que proporciona información sobre cómo ponerse en contacto con todas las organizaciones y las actividades que llevan a cabo. Cuando se ponga en contacto con una organización, es importante que recuerde que algunos de los nombres de las actividades usados en este libro de trabajo se asignaron durante la entrevista y se usan únicamente para el propósito de este proyecto. Sería de gran ayuda que mencionara el proyecto de investigación de AIDS Action cuando se interese sobre una actividad en particular para asegurarse de que le pongan en contacto con la persona indicada dentro de la organización y que esta persona entiende su petición.

ANTES DE EMPEZAR

El objetivo de este libro de trabajo es ayudar a las personas que trabajan en servicios VIH a explorar la idea de las “necesidades no cubiertas” tal como las ha definido la HRSA recientemente y a familiarizarse con la experiencia de las organizaciones que ponen en marcha actividades que ayudan a las personas que usan sus servicios a conectar con los cuidados. Esta exploración podría conducir a redescubrir los componentes de las actividades ya en marcha o a estimular el deseo de desarrollar nuevas actividades en su organización. Aunque este libro de trabajo vincula las actividades a un tipo particular de organización y a una ciudad concreta, resulta interesante imaginar cómo funcionarían estas actividades en tipos de organizaciones diferentes y en diferentes ciudades.



Deberíamos permitirnos plantear preguntas — a nosotros y a otros — y buscar respuestas comunes. Puede que algunas de las respuestas hayan estado a nuestro alcance desde hace tiempo y solo salgan a la luz ahora porque las preguntas que nos hacemos son distintas de las que nos hacíamos antes. ¿Cuáles son las cualidades clave que han de estar presentes en una actividad o intervención para ayudar verdaderamente a que una persona conecte con el cuidado médico de su infección por VIH y se mantenga en contacto? Esperamos que las actividades que presentamos en este libro de trabajo empiecen a responder a esta pregunta. Cada una de las actividades incluye una parte que es esencial para lograr que las personas VIH+ que no estaban al cuidado de los servicios de cuidados médicos regulares conecten con ellos o empiecen el proceso de tomar decisiones que las lleven a conectar.

Cuando lea este libro de trabajo, es importante que no pierda de vista una certeza que todos compartimos: todos somos usuarios y usuarias de los servicios de cuidados médicos en un momento u otro, todos tenemos una idea de lo que nos hace sentir acogidos en nuestro particular sistema de salud. Todos tenemos una idea de lo que es la “buena” y la “mala” salud, y la mayoría de nosotros, lectores de este libro de trabajo, damos un valor fundamental a mantener un estado continuado de buena salud. Si nos encontramos enfermos, queremos tener la posibilidad de conectar con los cuidados que necesitamos segura y efectivamente. Todos y todas entendemos esa necesidad.

Disfrute de este libro de trabajo y, por favor, tómese un momento para responder al Cuestionario de Evaluación que incluimos al final para que este pueda ser verdaderamente el comienzo de un proceso continuo de buscar, observar, preguntar y pasar a la acción. Como decimos en español, “a su salud.”

Jenifer L. Johnson
Directora Ejecutiva Asociada
AIDS Action

Map of Cities

Anchorage
Alaska **1**

7 Seattle
Washington

Hartford
Connecticut **3**

Phoenix
Arizona **5**

26 Santa Fe
New Mexico
Gallup
New Mexico

Nashville
Tennessee **4**

8 Tucson
Arizona

West Palm Beach
Florida **9**

Ciudades

1. Anchorage, Alaska	27
2. Gallup, Nuevo México	29
3. Hartford, Connecticut	31
4. Nashville, Tennessee	33
5. Phoenix, Arizona	35
6. Santa Fe, Nuevo México	37
7. Seattle, Washington	39
8. Tucson, Arizona	41
9. West Palm Beach, Florida	43

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES

1. Protocolo de adherencia	49
2. Red inter-agencias	55
3. Retiro de apoyo	61
4. Jóvenes y su comunidad	67
5. Enlace de primeros cuidados	73
6. Localización por código postal	79
7. "Instantánea" de carga viral	85
8. Manejo de casos descentralizado	91
9. Línea de información "Heartline"	97
10. Planeando la salida post-comunidad	103
11. Grupo de apoyo	109
12. Enfermería de primera intervención	115
13. Apoyo de mujer a mujer	121
14. Asesoría financiera	127
15. Clínicos en la comunidad	133
16. Atención telefónica para vivienda transitoria	139
17. Coordinador de cuidados en VIH	145



9 LAS CIUDADES DE UN VISTAZO

1

DE UN VISTAZO:

Anchorage

Nombre del estado: ÚLTIMA FRONTERA

Población: ALASKA- 626,932

ANCHORAGE- 260,283

Composición étnico-racial del estado:

74% BLANCOS/NO-HISPANOS

3% AFRO-AMERICANOS

4% HISPANOS/LATINOS

14% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

4% ASIÁTICOS

1% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$56,536

Casos de SIDA acumulados: 512ⁱ

Anchorage ha tenido una historia rica y variada que comenzó con la inmigración de sus primeros residentes a través del puente terrestre del Mar de Bering desde Asia hace más de 30.000 años. Hoy día, el 41,5% de los residentes del estado viven en Anchorage. En total, Alaska ocupa una superficie de 570.374 millas cuadradas, con una densidad de aproximadamente una persona por milla cuadrada.ⁱⁱ El municipio de Anchorage tiene unas 1.955 millas cuadradas, aproximadamente el mismo tamaño que el estado de Delaware.ⁱⁱⁱ Además del tamaño, una de las características dominantes de Alaska es su sin igual belleza natural. En Alaska, la geografía tiene un papel predominante en las atracciones para los visitantes que consisten sobre todo en actividades al aire libre como la pesca, el senderismo, el esquí, visitar glaciares y viajar en trineos arrastrados por perros. Anchorage tiene una viva cultura indígena. Los nativos de Alaska se distribuyen en 20 grupos culturales y lingüísticos distintos y dentro de cada uno de ellos, existen afiliaciones a un pueblo y una tribu particular. Las culturas nativas son: Inupiat, Athabascano, Yup'ik, Yupik siberiana, Aleutiana o Unangana, Sugpiag, y Tlingit, Haida y Tsimshiana.^{iv}



ACTIVIDADES - ANCHORAGE, ALASKA

- PROTOCOLO DE ADHERENCIA: P. 49
- RED INTER-AGENCIAS P. 55

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

A EFECTOS DEL VIH Y SIDA, EL ENORME TAMAÑO DE ALASKA, SU GEOGRAFÍA RURAL Y REMOTA, Y SU ESCASA DENSIDAD DE POBLACIÓN SON CONDICIONES QUE SE HAN COMBINADO PARA CREAR UN ENTORNO EN EL QUE HAY RELATIVAMENTE POCOS CASOS OFICIALES DE VIH/ SIDA. La diversidad cultural y el aislamiento geográfico de Alaska son quizá las razones de la forma particular en que aquí se experimenta el VIH/ SIDA. Desde que se vienen recogiendo datos sobre VIH/ SIDA, el estado ha acumulado un total de 512 casos de SIDA, 449 de ellos en personas oficialmente residentes en Alaska en el momento del diagnóstico. De los 512 casos de SIDA y 205 casos de VIH en Alaska, 446 (62%) se atribuyeron a contacto sexual sin protección entre hombres, uso compartido de agujas o jeringuillas, o una combinación de ambos. Los 358 (80%) casos de residentes se encontraron en las tres mayores ciudades del estado (Anchorage, Fairbanks, y Juneau).^v Aunque la comparación de estos datos con la distribución de la población de Alaska muestre que Anchorage tiene los índices más altos de casos de SIDA, ninguna región del estado está libre de SIDA. Hoy día, el 20% de los casos conocidos corresponden a personas de pueblos nativos del estado.^{vi} En Alaska, el VIH es una de las muchas enfermedades que requiere una programación de la salud pública creativa para satisfacer las demandas de un lugar y un pueblo separado de los cuidados en parte por la cultura, la geografía y las tradiciones.

2



DE UN VISTAZO:

Gallup



Nombre del estado: TIERRA DE HECHIZO

Población: NUEVO MÉXICO- 1,819,046

GALLUP- 20,209

Composición étnico-racial del estado:

44% BLANCOS/NO-HISPANOS

2% % AFRO-AMERICANOS

43% HISPANOS/LATINOS

9% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

1% ASIÁTICOS

1% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$36,019

Casos de SIDA acumulados: 2,963ⁱ

Gallup, habitado 20.000 personas, es el mayor municipio indio del Suroeste.^{vii} La ciudad está situada en el rincón sureste del la reserva de la Nación Navajo, el hogar de 180.000 personas, 168.000 de las cuales se identifican como miembros de la Nación Navajo. En lengua navajo, los navajos se identifican como Dine y su tierra se llama Dine Bikeyah. Los dines tienen un complejo sistema de creencias espirituales que, entre otras cosas, divide a las personas en personas de la Tierra y personas Sagradas. En un principio, las personas sagradas enseñaron a los dines la forma correcta de vivir y ellos se esfuerzan por vivir de acuerdo con esos principios.^{viii}

La región navajo se extiende por 27.000 millas cuadradas de Arizona, Nuevo México y Utah.^{ix} La región es famosa por su belleza natural; alberga más de una docena de lugares históricos, monumentos nacionales y parques tribales — entre los más conocidos están las ruinas de los antiguos Anasazi y el legendario Monument Valley.^x En el condado de McKinley, Nuevo México, donde se encuentra Gallup, el 74,7% de la población son americanos nativos. El retrato socio-económico de la región muestra una población joven: los navajo son jóvenes (la edad media es de 22,5 años) y pobres, con el 31,9% de las familias viviendo por debajo del umbral de pobreza.^{xi} Los ingresos medios por familia son de \$25.005 en Gallup y menos del 12% de la población del Nación Navajo tiene una licenciatura o un título superior.^{xii}

ACTIVIDADES - GALLUP, NUEVO MÉXICO

• RETIRO DE APOYO: P. 61

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

ES DIFÍCIL RECOGER DATOS SOBRE LA INCIDENCIA DEL VIH Y SIDA ENTRE LOS NAVAJO DEBIDO A CONDICIONES AMBIENTALES Y SOCIOLÓGICAS. El área es geográficamente diversa, con núcleos de pequeñas comunidades rurales y pueblos aislados. Hay antiguas creencias culturales y tabúes que hacen difícil hablar de temas como la conducta sexual, VIH y SIDA y otras ETSs. Estas creencias también pueden impedir que las personas aprendan a practicar sexo seguro y se hagan la prueba del VIH. Desde 1987, se han contabilizado 136 casos de VIH y SIDA entre los navajo. De ellos, el 29% ha muerto mientras el 27% viven con SIDA y el 44% con el VIH. Es importante resaltar que estos son casos oficiales; es imposible determinar cuántas personas entre los navajo son VIH+ y desconocen su status. El principal factor que ha contribuido a la infección por VIH entre los nativos americanos es el contacto sexual sin protección. En particular, los hombres nativo americanos que tienen contacto sexual con hombres presentan índices de infección más altos que cualquier otra categoría de riesgo.^{xiii} Los navajo se enfrentan con problemas de falta de infraestructuras y servicios públicos que tienen un efecto directo en los muchos problemas de salud pública que sufre la población que vive en la reserva y las ciudades del alrededor.^{xiv}

3 DE UN VISTAZO: Hartford

Nombre del estado: ESTADO DE LA CONSTITUCIÓN

Población: CONNECTICUT- 3,405,565

HARTFORD- 121,578

Composición étnico-racial del estado:

77% BLANCOS/NO-HISPANOS

9% AFRO-AMERICANOS

10% HISPANOS/LATINOS

3% ASIÁTICOS

0.5% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

0.5% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$56,543

Casos de SIDA acumulados: 12,148ⁱ

Hartford, una de las ciudades más antiguas de los EEUU, tiene la sede estatal más antigua y el periódico más antiguo del país todavía en circulación.^{xv} Antaño, tanto la ciudad como el estado de Connecticut se asociaban con un tipo específico de población, en su mayoría blancos, administrativos o ejecutivos y de clase media alta. Hoy día, sin embargo, Connecticut — y sobre todo Hartford — se han alejado más de esta imagen de lo que muchos imaginan. En primer lugar, el perfil económico de Hartford ha cambiado dramáticamente desde que los residentes más acaudalados empezaron a mudarse a las áreas suburbanas. En consecuencia, la población de Hartford se ha vuelto más pobre. El 8% de los hogares de Connecticut viven por debajo del umbral de pobreza y, en Hartford, el índice de pobreza ha alcanzado el 35% — convirtiéndola en la segunda ciudad con más de 100.000 habitantes más pobre del país.^{xvi} Los fluctuantes flujos migratorios desde las grandes ciudades a centros comunitarios más pequeños han hecho su impacto en ciudades como Hartford. Su proximidad geográfica a Nueva York la ha convertido en una ciudad dormitorio para muchas personas que han decidido establecerse en sus vecindarios. Los afro-americanos y portorriqueños que se han mudado a Connecticut son en su mayoría urbanos. Hartford, New Haven, y Bridgeport tienen las mayores poblaciones afro-americanas; en 2000, la población afro-americana de Hartford alcanzaba el 38%; la de New Haven el 37% y la de Bridgeport el 31%.^{xvii} Es importante destacar que, en 2002, los residentes de Hartford eligieron su primer alcalde hispano.^{xviii}

A FINALES DE 2001, SE CALCULABA QUE 6.123 PERSONAS VIVÍAN CON SIDA EN CONNECTICUT, DE LOS QUE EL 70% ERAN HOMBRES Y EL 30% MUJERES. Los afro-americanos y latinos suman el 64% de los casos oficiales del estado (el 36% y 28% respectivamente). En Hartford se contabilizaron 1.387 casos de personas que vivían con SIDA en 2002.^{xix} Los hispanos/latinos son la población con la mayor incidencia de infección por VIH en Hartford, alcanzando el 55% de los casos de VIH contabilizados en la ciudad en 2002. Entre los afro-americanos la incidencia de la infección por VIH también es alta; el 41% de los casos de SIDA y el 25% de los de VIH. Hartford tiene un gran porcentaje de casos de VIH y SIDA en mujeres, un 25,2% de casos de SIDA y un 42,1% de VIH. El principal modo de transmisión se atribuye a la práctica de compartir jeringuillas entre usuarios de drogas, que es la práctica de riesgo responsable del 46% de los casos de SIDA y el 44% de los casos de VIH.^{xx} Hartford es parte de una de las dos Eligible Metropolitan Areas (EMAs) del estado de Connecticut; lo que significa que Hartford recibe ayudas del Título I de la Ryan White CARE Act concedidas en base al número de casos de SIDA contabilizados en la ciudad.

ACTIVITIES - HARTFORD, CONNECTICUT

- JÓVENES Y SU COMUNIDAD: P. 67
- ENLACE DE PRIMEROS CUIDADOS: P. 73

4 DE UN VISTAZO: Nashville

Nombre del estado: ESTADO DE LOS VOLUNTARIOS

Población: TENNESSEE- 5,689,283

NASHVILLE- 545,524

Composición étnico-racial del estado:

79% BLANCOS/NO-HISPANOS

17% AFRO-AMERICANOS

2% HISPANOS/LATINOS

0.5% % INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

1% ASIÁTICOS

0.5% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$37,821

Casos de SIDA acumulados: 9,166ⁱ

Nashville es famosa por su Grand Ole Opry, pero tiene mucho más — como descubren aproximadamente diez millones de visitantes y turistas cada año. Aparte de ser la hebilla del “Bible Belt,” muchos la conocen como “Music City, USA,” el hogar de la música country americana.^{xxi} Los visitantes de Nashville disfrutan de sus giras Black Heritage que ofrecen un rico retrato de la vida de los afro-americanos en el medio-sur, visitando iglesias negras, escuelas y lugares históricos como Fisk University, Meharry Medical College (la primera facultad de medicina del sur para la educación de médicos afro-americanos) y Fort Negley. Algunas de las atracciones culturales más famosas incluyen la Aaron Douglas Gallery, bautizada en honor del artista visual afro-americano más famoso de la Harlem Renaissance; y Hadley Park, el primer parque público al que se permitió acceso a los afro-americanos. Nashville ha sido considerada recientemente como una de las 15 mejores ciudades para trabajar y crear una familia por la revista *Fortune*, y *Forbes* la ha colocado entre las 25 ciudades que pueden alcanzar el índice más alto de creación de empleo en los próximos 5 años.^{xxii} Sin embargo, a pesar de la relevancia del área como capital económica y cultural, el 13,5% de las familias y el 27,2% de la población menor de 18 años del condado de Davidson estaban viviendo en la pobreza en 2001.^{xxiii}

ACTIVITIES - NASHVILLE, TENNESSEE

- LOCALIZACIÓN POR CÓDIGO POSTAL: P. 79
- “INSTANTÁNEA” DE CARGA VIRAL: P. 85
- MANEJO DE CASOS DESCENTRALIZADO: P. 91
- LÍNEA DE INFORMACIÓN “HEARTLINE”: P. 97
- PLANEANDO LA SALIDA POST-COMUNIDAD: P. 103

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

EN TENNESSEE SE HAN CONTABILIZADO MÁS DE 9.100 CASOS DE SIDA DESDE EL COMIENZO DE LA EPIDEMIA. A finales de 2001,

5.021 personas vivían con SIDA en todo el estado.^{xxiv} En

Nashville/ Condado de Davidson, hay 2.471 personas viviendo

con SIDA y los casos de VIH en esta área han llegado casi a

3.400.^{xxv} El análisis étnico de la incidencia de los casos de

SIDA y VIH muestra que el 54,7% se da en blancos; el 43,4%

en afro-americanos; y el 1,8% en hispanos/ latinos.^{xxvi} De los

casos oficiales de VIH, el 54,8% correspondían a personas

afro-americanas; el 43,2% a personas blancas; y el 1,8% a

personas hispanas/ latinas. Como ciudad americana de tamaño

medio, el total de casos acumulados de SIDA de Nashville ha

permitido que la ciudad reciba una categoría de ayuda federal

relativamente nueva: la destinada a comunidades emergentes.

Esta designación se añadió al Título II de la Ryan White CARE

Act como parte de la reautorización de 2000 para proporcionar

a ciudades de tamaño medio, como Nashville, los recursos

necesarios para responder a la epidemia.

5 DE UN VISTAZO: Phoenix

Nombre del estado: ESTADO DEL GRAN CAÑÓN

Población: ARIZONA - 5,130,632

PHOENIX - 1,321,045

Composición étnico-racial del estado:

62% BLANCOS/NO-HISPANOS

3% AFRO-AMERICANOS

27% HISPANOS/LATINOS

2% ASIÁTICOS

5% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

1% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$41,172

Casos de SIDA acumulados: 8,086ⁱ

Phoenix es la sexta ciudad más poblada del país.^{xxvii} Rodeada por el desierto de Sonora, Phoenix es famosa por su clima soleado y caliente con un promedio anual de lluvia de solo 7,66 pulgadas por año. Más de 300.000 residentes estacionales, conocidos como "snowbirds," acuden en busca del calor durante su seco invierno para disfrutar de sus cielos azules y del sol, que luce más de 325 días por año.^{xxviii} Phoenix está situada en la intersección de varias autopistas y líneas aéreas internacionales, lo que la hace accesible a los aproximadamente 12 millones de visitantes que recibe cada año.^{xxix} Levantándose en medio del desierto, el vibrante centro de Phoenix cuenta entre sus atracciones con varios famosos museos, galerías, teatros y restaurantes. La ciudad también es el centro del deporte profesional del suroeste, con los Arizona Cardinals (fútbol), y los Arizona Diamondbacks (béisbol), y siete equipos de la liga de primera división de béisbol que eligen la ciudad como base para los entrenos de primavera. Aunque el turismo juega un papel importante en la vida económica de la ciudad, las manufacturas de alta tecnología son la industria más importante de la región. Los ingresos medios por hogar de la ciudad se sitúan en los \$52.949.^{xxx} El 13% de las personas que viven en Arizona nacieron en otros países y el 17% de los hogares de Arizona recibe ayudas públicas o prestaciones no económicas.^{xxxi}

ACTIVITIES - PHOENIX, ARIZONA

• GRUPO DE APOYO: P. 109

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

DESDE 1981, SE HAN CONTABILIZADO OFICIALMENTE UN TOTAL DE 8.086 CASOS

DE SIDA Y 5.320 DE VIH EN ARIZONA. EL

71% de todos los casos de SIDA se han dado entre la población

blanca, pero las tendencias actuales muestran cada vez más

casos entre las comunidades de otras etnias. Hoy día, en el

26% de los hogares de Arizona se habla inglés como segunda

lengua y el 77% de las personas que hablan inglés como segunda

lengua hablan español como lengua madre.^{xxxii} Antes de 1990,

el 10% de los casos de SIDA se daban entre los hispanos/

latinos, mientras que desde 1990 a la actualidad, el porcentaje

ha crecido hasta alcanzar el 18%, casi doblándose en diez años.

El VIH se encuentra desproporcionadamente distribuido por

el estado. Phoenix/ Condado de Maricopa cuenta con el 59%

de la población del estado, el 70% (5.459) de los casos oficiales

de SIDA y el 72% (3,538) de los casos oficiales de VIH. El sexo

sin protección entre hombres es la ruta de transmisión para

el 61% de los casos de SIDA y el 49% de los casos de VIH. El

sexo heterosexual sin protección es el factor de riesgo responsable

de un pequeño, pero cada vez mayor, número de casos en

Arizona (el 6% de los casos de SIDA y el 8% de los casos de

VIH), sobre todo entre mujeres.^{xxxiii}

6 DE UN VISTAZO: Santa Fe

Nombre del estado: TIERRA DE HECHIZO
Población: NUEVO MÉXICO- 1,819,046
SANTA FE- 62,203
Composición étnico-racial del estado:
44% BLANCOS/NO-HISPANOS
2% AFRO-AMERICANOS
43% HISPANOS/LATINOS
9% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA
1% ASIÁTICOS
Ingresos medios en el estado: \$36,019

Casos de SIDA acumulados: 2,963ⁱ

Santa Fe es conocida por su mundialmente famosa ópera, el tercer mayor mercado de arte de los EEUU y el museo de Georgia O'Keefe, así como por muchos otros ejemplos del arte, la cultura y las tradiciones del suroeste.^{xxxiv} Declarada capital de "Nuevo México" por los exploradores españoles en 1607, Santa Fe ha sido reivindicada, en diferentes épocas, por los indios pueblo, España, México y por la Confederación. En 1846, México cedió la región a los Estados Unidos y, en 1912, se convirtió en Nuevo México, el 47 estado de la Unión. Las influencias geopolíticas de las cultura hispana/ latina y los nativos americanos pueden verse en la arquitectura, cocina, y las artes y artesanías de los asentamientos de estilo pueblo de la región — que incluyen las distintivas construcciones marrones de adobe que para muchos se han convertido en el símbolo de Santa Fe. Fuera de la ciudad, se invita a los visitantes a saborear una textura histórica diferente en los cercanos municipios de Taos, Los Álamos, Angelfire y Blue Mountain Lake, cada una rica en historias urdidas con antiguas leyendas y espíritus.

Hoy día, las ricas y variadas tradiciones e historia siguen viviendo en su diversa población. En 2001, las 130.915 personas del condado de Santa Fe se desglosaban en un 49% de hispanos/ latinos, un 45,5% de blancos, un 4,1% de indios americanos/ nativos de Alaska y un 0,9% de afro-americanos, haciendo el paisaje de Santa Fe más rico en texturas étnicas y las voces de sus habitantes más diversas.^{xxxv} En 2002, el 34% de los residentes de Nuevo México hablaban una lengua distinta del inglés en casa. De este porcentaje, el 82% hablaba español y el 18% otro idioma; el 30% admitía no hablar inglés "muy bien."^{xxxvi}

ACTIVITIES - SANTA FE, MEXICO

- ENFERMERÍA DE PRIMERA INTERVENCIÓN: P. 115
- APOYO DE MUJER A MUJER: P. 121

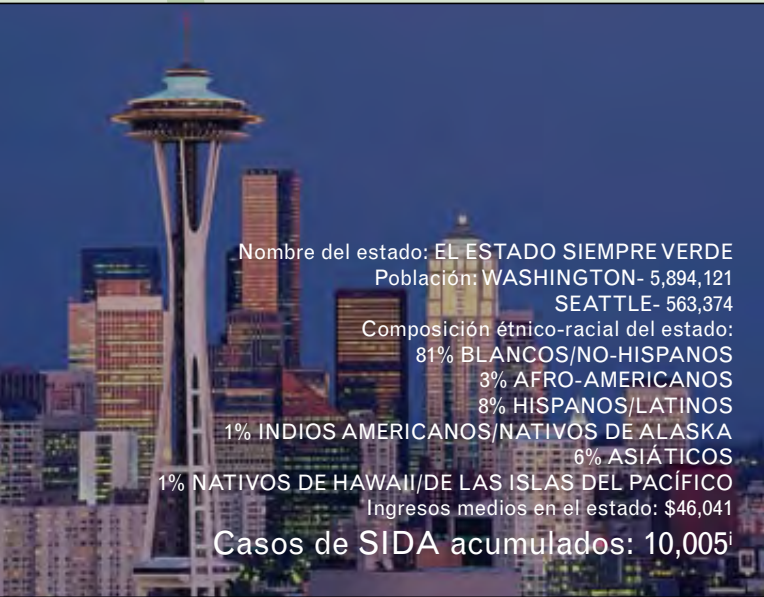
ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

EN NUEVO MÉXICO SE CONTABILIZARON 2.963 CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN 2002. HAY 1.707 PERSONAS VIVIENDO CON SIDA EN NUEVO MÉXICO, EL 91% SON HOMBRES Y EL 9% MUJERES. En Santa Fe en 2002, se han contabilizado 532 casos acumulados de personas con SIDA y, oficialmente, 304 personas vivían con SIDA.^{xxxvii} Aunque la mayoría de los casos oficiales se han dado en blancos, las tendencias demográficas de la región apuntan hacia un incremento de casos de SIDA entre la emergente mayoría étnica: en Nuevo México, el 37% de los casos contabilizados se dan entre los hispanos/ latinos, el 6% entre los afro-americanos y el 5% entre los nativos americanos. La atención al lenguaje y la cultura es crucial a la hora de dar forma a una respuesta amplia a la infección por VIH entre las poblaciones que viven en esta "tierra de hechizo."

7

DE UN VISTAZO:

Seattle



Nombre del estado: EL ESTADO SIEMPRE VERDE

Población: WASHINGTON- 5,894,121

SEATTLE- 563,374

Composición étnico-racial del estado:

81% BLANCOS/NO-HISPANOS

3% AFRO-AMERICANOS

8% HISPANOS/LATINOS

1% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

6% ASIÁTICOS

1% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$46,041

Casos de SIDA acumulados: 10,005ⁱ

Seattle es el puerto americano más cercano a Asia. En consecuencia, la ciudad ha sido conocida desde su fundación como un importante centro de importación y exportación. En el siglo XX, Seattle alcanzó renombre por sus industrias de alta tecnología y se convirtió en líder en electrónica, software para ordenadores, industria aeroespacial y biotecnología. No sorprende que los residentes de la ciudad tengan buenos estudios (el 48% de la población de la ciudad tiene al menos una licenciatura) y unos ingresos medios de \$44.453.^{xxxviii} Culturalmente, Seattle es famosa por su café, su música, su diversidad y su política progresiva que incluye derechos para gays y representación gay. Además, se la conoce como la “ciudad esmeralda” debido a su benigno clima que mantiene la ciudad verde todo el año y su ventajosa situación entre las sierras Cascade y Olympic al borde del Puget Sound. Según el censo de 2000, el área metropolitana era el hogar de un 70% de blancos, un 8% de afro-americanos, un 13% de asiáticos, un 5% de hispanos/ latinos, un 1% de nativos americanos/ nativos de Alaska y un 3% de otras étnias.^{xxxix}

DESDE EL COMIENZO DE LA EPIDEMIA DE SIDA, 10.000 HOMBRES, MUJERES Y NIÑOS RESIDENTES EN EL ESTADO DE WASHINGTON HAN SIDO DIAGNOSTICADOS CON SIDA. En

2002, un total de 4.400 personas vivían con SIDA en el estado de Washington. La mayoría de los casos de VIH y SIDA se han dado en Seattle, donde 2.975 personas viven con SIDA y 2.313 son VIH+. Lo que no resulta usual en los casos oficiales de SIDA y VIH es la demografía. De las personas que viven con SIDA, el 73% son blancos, el 15% afro-americanos, el 9% hispanos y son en su mayoría hombres (el 92%). De las personas que viven con VIH, el 74% son blancos, el 15% afro-americanos, el 7% hispanos/ latinos y también son predominantemente hombres (el 89%). Estos datos demográficos se reflejan en la forma de transmisión del VIH más común entre las personas que viven con VIH/ SIDA: sexo sin protección entre hombres (el 70% de los casos de SIDA y el 71% de los de VIH) y sexo sin protección entre hombres combinado con el uso compartido de jeringuillas entre usuarios de drogas intravenosas (el 9% de los casos de SIDA y el 8% de los de VIH). En conjunto, los datos sugieren que, en Seattle, el VIH afecta en gran medida a la población de hombres gay blancos.^{xl}

ACTIVITIES - SEATTLE, WASHINGTON

• ASESORÍA FINANCIERA: P. 127



DE UN VISTAZO:

Tucson

Nombre del estado: ESTADO DEL GRAN CAÑÓN

Población: ARIZONA- 5,130,632

TUCSON- 486,699

Composición étnico-racial del estado:

62% BLANCOS/NO-HISPANOS

3% AFRO-AMERICANOS

27% HISPANOS/LATINOS

5% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

2% ASIÁTICOS

1% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$41,172

Casos de SIDA acumulados: 8,086

Tucson, conocida por la sobrecogedora belleza natural que caracteriza el suroeste americano, disfruta de una media de 350 días de sol y buena temperatura al año — más que ninguna otra ciudad de los EEUU. La ciudad se encuentra a 2.389 pies de altura sobre el nivel del mar y se extiende por 500 millas cuadradas. El paisaje de Tucson incluye cimas montañosas, valles fluviales, vistas del desierto y profundos cañones. La ciudad se encuentra rodeada por cinco sierras montañosas — los Rincons, los Tucsons, las Santa Catalinas, las Santa Ritas y las Tortolitas.^{xli} En medio de este impresionante paisaje se asienta una ciudad con una rica y larga historia que mantiene una continuada relación histórica y cultural con su vecino por el sur: México.^{xlii}

Tucson tiene una gran población de hispanos/ latinos, el 36,8% de los residentes. Hoy día, en el 26% de los hogares de Arizona se habla inglés como segunda lengua. y el 77% de esas personas hablan español como lengua madre.^{xliii} En 2003, Tucson ocupó el séptimo puesto en la lista anual del *Hispanic Magazine* de las diez mejores ciudades para hispanos — la única ciudad de Arizona que aparecía en la lista.^{xliv} Es la sede de la University of Arizona, famosa por sus instalaciones dedicadas a la investigación y sus programas de atletismo, y el Kitt Peak National Observatory, una de las mejores instalaciones del mundo para la investigación astronómica.^{xlv} En 2001, la ciudad de Tucson apareció en la lista de las "Mejores Ciudades para Montar una Empresa" de la revista *Entrepreneur*.

DESDE 1981, SE HAN CONTABILIZADO 8.086 CASOS DE SIDA Y 5.320 DE VIH EN ARIZONA.

El 71% de todos los casos de SIDA se han dado entre la población blanca, pero la tendencia actual muestra cada vez más casos de SIDA y VIH entre la población hispana/ latina de Arizona.

En 2000 y 2001, el 25% de los casos de SIDA en Arizona se dieron entre hispanos/ latinos. El 18% de los casos de VIH entre hispanos/ latinos. El VIH/ SIDA también está desproporcionadamente distribuido por el estado. En Tucson/

Condado de Pima vive el 17% de la población del estado, sin embargo, suma el 21% de los casos de SIDA (1.627) y el 20% de los casos de VIH (1.010). El 12 % de los casos de SIDA y el

13% de los de VIH se relacionan con la práctica de compartir jeringuillas entre usuarios de drogas por vía parenteral. El sexo heterosexual sin protección como factor de riesgo de

transmisión del VIH se relaciona con un reducido, pero creciente, número de casos en Arizona (el 6% de los casos de SIDA y el 8% de los de VIH), sobre todo entre mujeres.^{xlvi}

ACTIVITIES - TUCSON, ARIZONA

• CLÍNICOS EN LA COMUNIDAD: P. 133

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

9

DE UN VISTAZO:

West Palm Beach

Nombre del estado: ESTADO SOLEADO

Población: FLORIDA- 15,982,378

PHOENIX- 82,103

Composición étnico-racial del estado:

64% BLANCOS/NO-HISPANOS

15% AFRO-AMERICANOS

18% HISPANOS/LATINOS

2% ASIÁTICOS

0.5% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA

0.5% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Ingresos medios en el estado: \$39,265

Casos de SIDA acumulados: 85,324ⁱ

En West Palm Beach hay playas hermosas, enormes campos de golf, numerosas atracciones culturales y artísticas y encantadoras áreas residenciales con algunas de las mansiones y casas más sofisticadas y de lujosa arquitectura que pueden encontrarse en los EEUU. En una área geográfica relativamente pequeña, West Palm Beach cuenta con tres distritos comerciales distintos, millas de playas y temporadas casi sin fin de días soleados. Para muchos, la ciudad representa lo mejor de Florida, una isla en el paraíso. Sin embargo, West Palm Beach — que es parte del condado de Palm Beach — también es una ciudad de contradicciones. Por un lado, la región es famosa por su prosperidad económica, que se manifiesta en las casas al borde de la playa y los más de 150 campos de golf que la convierten en la "capital del golf de Florida."^{xlvii} Por otro lado, la mayoría de los residentes de la región no tienen los mismos privilegios a la hora de disfrutar estos lujos. De hecho, en 2000, el 9,9 de las familias del condado de Palm Beach vivían por debajo del umbral de pobreza y en West Palm Beach el porcentaje era aún más alto: el 14,5. Las disparidades entre West Palm Beach y el resto del condado también se pueden observar en otras áreas sociales y económicas. En 2000, Los ingresos medios por familia en West Palm Beach eran \$36.744, frente a los \$45.062 de media en el condado.^{xlviii} West Palm Beach también es significativamente más diversa que el resto del condado de Palm Beach. De los 82.103 residentes de West Palm Beach el 46% son blancos, el 34% afro-americanos, el 18% hispanos/latinos y el 2% de otras etnias. Del 1.131.184 de habitantes del condado de Palm Beach el 70,6% son blancos, el 13,8% afro-americanos, el 12,4% hispanos/latinos, el 1,5% asiáticos y el 2% de otras etnias.^{xlix}

EN 2001, EL ESTADO DE FLORIDA HABÍA ACUMULADO 85.324 CASOS DE SIDA.ⁱ SE HABÍAN CONTABILIZADO 8.142 CASOS DE SIDA Y 1.881 CASOS DE VIH EN EL CONDADO DE PALM BEACH. A finales de 2001, 3.942 personas

vivían con SIDA y 2.913 con VIH en el condado de Palm Beach.

Los no-blancos, sobre todo los afro-americanos constituyen la mayoría tanto de los casos oficiales de VIH como de SIDA;

Los afro-americanos representan el 66% de las personas que

viven con SIDA y el 70% de las que viven con VIH.^{li} Además,

las mujeres constituyen una gran parte de los casos de VIH y

SIDA, el 34% y el 45% respectivamente, significativamente

por encima del índice nacional y del índice del estado de

Florida.^{lii} Para las 1.359 mujeres que viven con SIDA en West

Palm Beach, el sexo heterosexual sin protección fue la vía

principal de transmisión en un 65% de los casos. En el caso

de los 2.583 hombres que viven con SIDA, el sexo sin protección

entre hombres fue la vía de transmisión del 38% de los casos.

ACTIVITIES - WEST PALM BEACH, FLORIDA

- ATENCIÓN TELEFÓNICA PARA VIVIENDA TRANSITORIA: P. 139
- COORDINADOR DE CUIDADOS VIH: P. 145

PONGA AQUÍ EL NOMBRE DE SU CIUDAD

INCLUYA INFORMACIÓN SOBRE EL IMPACTO DEL VIH Y EL SIDA EN SU CIUDAD Y ESTADO

AQUÍ:

Nombre del estado: _____
Población: (del estado) - _____
(de la ciudad) - _____
Composición étnico-racial del estado:
___% BLANCOS/NO-HISPANOS
___% AFRO-AMERICANOS
___% HISPANOS/LATINOS
___% ASIÁTICOS
___% INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA
___% NATIVOS DE HAWAII/DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO
Ingresos medios en el estado: \$ _____
Casos de SIDA acumulados: _____

INCLUYA UNA BREVE DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA CIUDAD AQUÍ:

Horizontal lines for writing a general description of the city.

Horizontal lines for providing information on the impact of HIV and AIDS in the city and state.

Actividades – Escoja actividades del libro de trabajo que podrían adaptarse a su ciudad.

ACTIVIDAD INDIVIDUAL: P. _____
ACTIVIDAD DE GRUPO: P. _____
ACTIVIDAD COMUNITARIA: P. _____

17

17 ACTIVIDADES



El **PROTOCOLO DE ADHERENCIA** es una intervención individual diseñada para que la persona que vive con VIH establezca una relación clínica activa basada en una estrategia de tratamiento centrada en el usuario o la usuaria/ paciente con un o una especialista en tratamiento de VIH. Las características principales del Protocolo de Adherencia son: la persona que vive con VIH gestiona su proceso de tratamiento a través de un acuerdo oral y escrito; especialistas clínicos y pacientes aprenden a trabajar juntos respetando las decisiones de tratamiento del paciente o la paciente; y el proceso de planificación del tratamiento enseña al paciente o la paciente a responsabilizarse de sus cuidados y enseña al especialista o la especialista en VIH el verdadero significado de los cuidados centrados en los hombres y mujeres a los que se presta el servicio.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Programa VIH de la Clínica de Salud del Vecindario.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Mejorar la adherencia a las medicaciones para que la terapia sea más eficaz.
- ▶ Estimular la autogestión de las medicaciones.
- ▶ Alentar la comunicación honesta entre paciente y especialista en cuidados VIH.
- ▶ Respetar las decisiones y el proceso de toma de decisiones del paciente en lo relacionado con su cuidado relativo al tratamiento del VIH.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Cualquier persona VIH+ que tome o esté pensando tomar medicación relacionada con el VIH.
- ▶ Personas VIH+ de las comunidades hispanas/ latinas, afro-americanas, de nativos de Alaska o de las islas del Pacífico y blancas.
- ▶ Personas VIH+ con gran "movilidad" o estilos de vida transitorios que cambian y vuelven a cambiar de status como pacientes de "activos" a "inactivos" y viceversa.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Un "protocolo de adherencia" es una herramienta de relación de tratamiento de VIH basada en la comunicación honesta entre usuarios VIH+ y sus proveedores de cuidados médicos. Puede ser un ingrediente importante para establecer la confianza necesaria en la relación y ayudar a los pacientes a enfrentarse a la complejidad de la terapia del VIH. Con el uso de un protocolo de adherencia, los pacientes participan en los servicios médicos relacionados con el VIH a su propio paso. Los pacientes se sienten acogidos en la clínica y son capaces de reconectar con los cuidados incluso tras lapsos sin tratamiento.



NOTAS RÁPIDAS:

“*Los pacientes no quieren decepcionar a los proveedores de servicios médicos. El reto es: ¿Cómo hacer que el paciente sienta que puede decir ‘no’ o ‘no puedo hacerlo’ a una figura con autoridad?*”

— DIRECTOR DEL PROGRAMA, ANCHORAGE, ALASKA

El protocolo de adherencia se hace oralmente y por escrito y se siguen una serie de pasos:

- ▶▶ El especialista clínico se reúne con los pacientes y les recomienda un régimen de tratamiento. Después los pacientes acuerdan una entrevista con su manejador de casos para dar los primeros pasos del proceso del “protocolo de adherencia.”
- ▶▶ El manejador de casos revisa el caso del paciente con un especialista clínico para tener una perspectiva clínica antes de la entrevista con el paciente.
- ▶▶ El manejador de casos se reúne con el paciente. Desde el principio, el manejador de casos dedicado al protocolo de adherencia le hace saber que los pacientes están en “control de su régimen de tratamiento” y que los profesionales de salud están allí para ayudarles a tomar las decisiones que puedan afectar positivamente su salud.
- ▶▶ Tras una minuciosa conversación sobre opciones de tratamiento, el manejador de casos promete su apoyo a la decisión del paciente incluso si no está “de acuerdo” con ella en base a criterios clínicos.
- ▶▶ El manejador de casos da a los pacientes un cuestionario pre-tratamiento para verificar su “disposición” a comenzar la terapia. Con ello, se da a los pacientes la posibilidad de decir que “no están listos.” Si los pacientes dicen que no están listos, el manejador de casos los anima a hablar de sus miedos o reservas acerca de tomar medicación.
- ▶▶ Cuando los pacientes no están listos para comenzar con la medicación, el manejador de casos respeta su decisión y se ofrece para “volver a tratar el tema de la medicación en el futuro.” Antes de finalizar la sesión, el proveedor de servicios ofrece servicios adicionales que incluyen pruebas y análisis de laboratorios.
- ▶▶ Todas las decisiones de los pacientes se introducen en un sistema electrónico de registros de pacientes y se marcan para revisión a los tres meses para continuar la conversación con el paciente.
- ▶▶ Si los pacientes deciden comenzar la medicación, el manejador de casos les proporciona material tanto oralmente como por escrito para preparar al paciente para la medicación. El farmacéutico también dedica tiempo al paciente explicándole los detalles del tratamiento la primera vez que los pacientes recogen sus medicaciones.
- ▶▶ El manejador de casos hace un seguimiento de los pacientes que deciden ponerse en terapia hablando con ellos por teléfono a los pocos días de la fecha acordada de comienzo de su tratamiento. El manejador de casos les pregunta cómo se encuentran, si han empezado a tomar la medicación y les pregunta cómo les ha ido durante esos primeros días. El manejador de casos puede usar lenguaje como: “¿Cómo está la situación ahora que estás en casa con las pastillas?” Muchas veces, la situación de estar en casa con las píldoras es más difícil de lo esperado y el manejador de casos puede ofrecer ayuda a la hora de negociar el tratamiento o de desarrollar estrategias para las realidades prácticas de su tratamiento. Preguntas como: “¿Qué crees que funcionaría mejor en tu caso?” y “¿Puedo volver a llamarte para hablar más de este tema?” alimentan el respeto por los pacientes, que se sienten más dispuestos a hablar con franqueza acerca de las dificultades de integrar sus necesidades de cuidados de salud con sus formas de vida.
- ▶▶ Con el consentimiento del paciente, el manejador de casos repite la llamada de seguimiento al cabo de pocas semanas y de nuevo al mes del comienzo del tratamiento, animando al paciente a que llame si tiene preguntas que hacer.
- ▶▶ Los pacientes contestan un cuestionario de adherencia cada 6 meses tras el inicio del tratamiento.
- ▶▶ Como parte del seguimiento de la adherencia, el farmacéutico de la clínica informa al manejador de casos si los pacientes no recogen su medicación.
- ▶▶ Si los pacientes faltan a sus citas o dejan el tratamiento, el manejador de casos los llama para verificar la situación. El manejador de casos trata de mantenerse en contacto con los pacientes.
- ▶▶ Si hay cambio en la medicación, el proceso de protocolo de adherencia comienza otra vez desde el principio.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Ninguna

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ Dos manejadores de casos.
- ▶ Coordinadores de mejora de calidad (enfermera) — para seguir las citas del paciente y establecer el seguimiento.
- ▶ Médico de atención primaria/ especialista en VIH.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶ Enfermero o enfermera diplomados con buena capacidad comunicativa, que sepa escuchar y que entienda el proceso de manejo de casos.
- ▶ Manejador de casos con capacidad para asesorar en tratamiento del VIH.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Sobre todo la oficina o consulta; ocasionalmente la residencia del paciente u otros lugares fuera del centro de salud.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

Cada seis meses o cuando hay cambio de medicación.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguna

SERVICIOS DE APOYO

Cupones para taxi, pases de autobús, servicios de traducción realizados por miembros del personal (de español a inglés).

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Mencionadas en la descripción

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

El personal.

DEBILIDADES

Falta de diversidad étnica en el personal actual.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶ Los pacientes no quieren decepcionar a sus proveedores de servicios de salud. El reto es hacer que sientan que pueden decir “no” o “no puedo hacerlo” a una figura con autoridad.
- ▶ Muchas veces, los pacientes que más tiempo llevan en la clínica consiguen que el personal les dedique más tiempo, mientras el personal dedica mucho menos tiempo a desarrollar relaciones con los pacientes nuevos.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

Tiempo limitado para visitas a domicilio

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

Ninguna

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguna

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ El programa hace un seguimiento de los resultados de laboratorio para evaluar el éxito de los objetivos de auto-gestión.
- ▶▶ El programa es asesorado por una junta de usuarios que recoge información acerca de su impacto. Los pacientes consideran el programa de protocolo de adherencia como muy bueno.
- ▶▶ Los pacientes regresan a la clínica para retomar su tratamiento tras estar "inactivos" por un tiempo.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ Para todos, personal y usuarios, el protocolo de adherencia mantiene la comunicación abierta tanto dentro de la clínica como en la comunidad.

ELEMENTO DE "CONEXIÓN A LOS CUIDADOS" DE LA ACTIVIDAD

Los personas VIH+ realmente saben que tienen opciones: comprometerse o no, adherirse al tratamiento o no, acercarse a la clínica y ponerse en tratamiento o no, tomar medicación o no.

EVALUACIÓN

- ▶▶ Informe anual para la HRSA
- ▶▶ La actividad recibe información de los usuarios

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ Estructuren la planificación para que facilite más interacción cara a cara.
- ▶▶ Presten atención al hecho de que hay temas relacionados con el tratamiento y la adherencia que van más allá de la terapia misma.

LA RED INTER-AGENCIAS es una intervención a nivel comunitario diseñada para establecer una “red de seguridad” de servicios comunitarios para personas que viven con el VIH y que quedan fuera del alcance de los sistemas de apoyo comunitarios de cuidados médicos en VIH. Las características principales de la red inter-agencias son: intercambio de información y el uso compartido de recursos comunitarios entre agencias; la estructura informal de la red que permite un liderazgo rotatorio; la oportunidad para el personal de las agencias implicadas de reunirse para tratar alternativas de servicio comunitario; y la capacidad de la red de servir a todas las personas que viven con el VIH dentro del área de servicio de las agencias que forman parte de la red.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Organización de Servicios para el SIDA. Programa General.

- ✓ Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- ✓ Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- ✓ Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Facilitar el intercambio de información entre agencias acerca de usuarios y servicios disponibles.
- ▶ Minimizar las ocurrencias de personas que quedan fuera de los servicios de cuidados estableciendo una “red de seguridad” inter-agencias.
- ▶ Estimular el uso compartido de recursos comunitarios entre agencias.
- ▶ Estimular la colaboración entre agencias y el acceso sin trabas a una red de recursos dentro del municipio.
- ▶ Generar apoyo profesional entre los proveedores de servicios de salud.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Hombres y mujeres VIH+ de entre 20 y 45 años que conocen su status VIH y no están en tratamiento.
- ▶ Personas con alto riesgo de exposición al VIH, personas doblemente diagnosticadas, usuarios de drogas, personas sin domicilio fijo.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La red inter-agencias es un vehículo con el que los directores ejecutivos pueden facilitar un creciente entendimiento entre múltiples agencias sobre agencias individuales, usuarios y necesidades comunitarias. La red inter-agencias, como red informal a la que las agencias aportan los recursos que pueden ofrecer, proporciona un foro para plantear y tratar temas entre agencias comunitarias y su personal.



NOTAS RÁPIDAS:

“Den tiempo al proceso para que se desarrolle. Den tiempo a las otras agencias para que aprendan sobre el VIH y para que aprendan unas de otras.”

— COORDINADOR DEL PROGRAMA, ANCHORAGE, ALASKA

Desarrollo e implementación:

- ▶ Definan el objetivo básico de la red y comuniquenlo a las agencias comunitarias. Es importante comenzar a nivel de directores ejecutivos para contar con su apoyo y la participación de la agencia. Es una buena idea comenzar con los proveedores de servicios que ya son parte de la actual red de la agencia de la que parte la iniciativa.
- ▶ Identifiquen de 5 a 10 agencias clave y convoquen una reunión para comenzar a tratar cómo los distintos profesionales y agencias podrían interactuar y colaborar.
- ▶ Los directores ejecutivos que lideran la iniciativa deberían intentar moderar las primeras reuniones con el objetivo de definir el propósito de la red. El grupo debería decidir la frecuencia de las reuniones, el lugar donde celebrarlas, el horario y su duración.
- ▶ Cada reunión necesita un moderador (que debería elegirse para un período determinado — un año, por ejemplo) para hacerse cargo de su organización. El moderador debería ayudar a dar poder de decisión al grupo determinando qué tipo de información sería de utilidad para los miembros del grupo. Esto podría ayudar a identificar las necesidades que las reuniones tratarían de cubrir.
- ▶ En la primera reunión, cada agencia describe brevemente lo que hace y los servicios que presta al municipio.
- ▶ En cada reunión sucesiva, cada agencia se turna para describir con detalle lo que su programa hace para informar o recordar a los asistentes sobre los servicios que presta.
- ▶ La selección de temas y la frecuencia se puede organizar de acuerdo con las necesidades de información del grupo (es decir: violencia doméstica — cada trimestre; abuso de drogas — cada trimestre; proveedores de cuidados médicos — mensualmente; Rotary Club — cada 6 meses; personas sin hogar — trimestralmente).
- ▶ Para que la red tenga éxito, las reuniones han de equilibrar la seriedad con la informalidad. Por ejemplo, no es necesario levantar actas o preparar el orden del día formalmente. Si el formato es demasiado formal o burocrático pocas personas estarán dispuestas a colaborar.
- ▶ La asistencia a las reuniones no debe generar trabajo para llevarse a casa. Los participantes deberían quedarse con la impresión de que es una reunión amigable y un espacio de mutuo aprendizaje.
- ▶ El entorno y el ambiente del grupo es muy importante. Cultiven un entorno abierto y relajado donde el grupo pueda trabajar en colaboración para identificar áreas en las que colaborar. El grupo define su propio propósito y sus propios objetivos y crea sus propias reglas de funcionamiento.
- ▶ El establecimiento de una red de seguridad de servicios debería ser un objetivo de la declaración de intenciones del grupo. Esta meta común da a los miembros del grupo una razón tangible para asistir a las reuniones y apoyar la red. El propósito de la red también es identificar y compartir información y experiencias comunes. Los miembros de la red inicial pueden a su vez tener otras redes a las que conectar a otros miembros del grupo; así se abren las puertas a recursos adicionales. La red tardará su tiempo en desarrollarse; es importante tener paciencia y dar a las otras agencias el tiempo que necesiten para aprender sobre el VIH y para aprender unas de otras.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Los participantes acuerdan los horarios de reunión a través de una mailing listserv de internet. Además también se enteran de la convocatoria de reuniones de palabra.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

El personal adecuado según el tema central de la reunión. Es importante contar con personal de todos los niveles en las reuniones, no solo directores ejecutivos.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

Las cualificaciones requeridas por los puestos del personal de las agencias.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

El grupo decide donde pueden celebrarse las reuniones: la cafetería, la sala de reuniones u oficina de la agencia, la cantina.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

El grupo determina la frecuencia de las reuniones.

CONSULTORES EXTERNOS

Inviten a expertos externos para tratar sobre temas específicos en determinadas reuniones.

SERVICIOS DE APOYO

Si son necesarios servicios de apoyo, el grupo puede hacer un uso compartido de esos servicios.

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Los directores ejecutivos de las agencias deberían reunirse y comprometerse a poner en marcha esta red. Los profesionales con una visión de liderazgo deben colaborar al comienzo.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ El objetivo común de establecer una red de seguridad de servicios comunitarios da a las personas participantes una razón tangible para asistir a las reuniones y apoyar la red. La gente no está dispuesta simplemente a colaborar por colaborar.
- ▶ Crear un entorno relajado, no burocrático, mantiene el entusiasmo del personal implicado sin la presión de tener que hacer un "trabajo extra."
- ▶ Apoyo mutuo y formación: los veteranos con más experiencia forman y preparan a los participantes con menos experiencia.
- ▶ Intercambio de información: la red se puede convertir en un maravilloso sistema de derivación de unos servicios a otros para todos los profesionales.

DEBILIDADES

La falta de una estructura formal puede ser difícil; la red depende de personas que colaboran entre sí, lo que no siempre funciona sin problemas.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

Los usuarios de las agencias participantes pueden llegar a tener la impresión de que la colaboración en red de los proveedores de servicios rompe la confidencialidad e invaden su intimidad. Los usuarios podrían llegar a tener la impresión de que todos sus proveedores de servicios saben demasiado sobre ellos y ejercen demasiada presión para que actúen de cierta forma. Los usuarios podrían llegar a pensar que no tienen forma de escapar cuando quieren que los dejen tranquilos para vivir sus vidas como quieran.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ Los profesionales tienen una reunión más a la que asistir.
- ▶ La red podría significar trabajar con una agencia a la que otra agencia no apoya o con la que no está de acuerdo en su filosofía o misión.
- ▶ Las reuniones que no estén bien moderadas podrían dar la impresión de ser caóticas o demasiado informales.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ Conseguir apoyo para la red y conseguir la participación de las distintas agencias puede ser un obstáculo para el buen desarrollo de la red.
- ▶▶ La parte más difícil de esta red es mantener la promoción de su existencia dentro de la comunidad de los proveedores de servicios.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguna

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ Crear una red de seguridad para las personas que quedan fuera del alcance de los servicios comunitarios es algo que puede verse y sentirse, y la ampliación de la red de seguridad se nota en las distintas agencias. Los usuarios no se quedan sin los servicios que necesitan como sucedía antes de la creación de la red. Se atienden mejor las necesidades de los usuarios y el acceso a los usuarios se facilita.
- ▶▶ Debido al uso compartido de recursos, materiales e información, algunas agencias pueden realmente ahorrar dinero de sus presupuestos para recursos; en el caso de algunos programas hay una disminución general de gastos fijos.
- ▶▶ El hecho de que las personas colaboren crea una actitud positiva dentro de toda la comunidad de servicios.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ La colaboración crea un entorno de trabajo agradable tanto en las oficinas como en los lugares de reunión.
- ▶▶ El conocimiento de los programas y servicios de otras agencias proporciona oportunidades informales de formación para el personal.
- ▶▶ El uso compartido de recursos puede ahorrar costes fijos a los presupuestos de algunos programas.
- ▶▶ La red puede generar la solicitud de ayudas en colaboración así como la posibilidad de nuevas fuentes de financiación.

ELEMENTO DE “CONEXIÓN A LOS CUIDADOS” DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Si una persona que necesita servicios médicos queda fuera del alcance de los servicios que ofrece el municipio, habrá una agencia o un proveedor de servicios en el lugar y momento adecuados para ayudarles a conectarse de nuevo a los cuidados; esta es la idea de la red de seguridad.
- ▶▶ Cuantas más agencias formen parte de la red, mayor será la red que ayudará a las personas a conectar con los cuidados que necesiten.
- ▶▶ La red es un gran sistema de derivación de unos servicios a otros; resulta muy eficaz para informar de los servicios disponibles en salud para la población diana.

EVALUACIÓN

Las reuniones del personal de las agencias participantes se evalúan en base a la asistencia, participación y auto-evaluación de sus miembros.

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ No es necesario crear una red burocrática. Las reuniones deben conducirse de manera profesional, pero la red debería mantenerse informal.
- ▶▶ La red debería ser dirigida por personal de todos los niveles, no solo por los directores generales.
- ▶▶ Las personas que participen en las reuniones han de establecer contactos con sus colegas de otras agencias: los directores con los directores, los manejadores de casos con los manejadores de casos, los trabajadores de alcance comunitario con los trabajadores de alcance comunitario, etc.
- ▶▶ La rotación de miembros es una parte natural del proceso.
- ▶▶ No dejen de preguntar si las cosas funcionan como deberían para todas las agencias participantes.
- ▶▶ La flexibilidad y apertura de mente son actitudes importantes a mantener en el desarrollo e implementación de la red.
- ▶▶ No todos los miembros de la comunidad de servicios han de ser miembros de la red; algunas personas pueden introducir temas a tratar.
- ▶▶ Es importante que todos los participantes entiendan el objetivo común de la red. Proporciona a los hombres y mujeres participantes una razón tangible para asistir a las reuniones. Cuando lleguen nuevos miembros a la red, repitan los objetivos para que todo el mundo recuerde la razón de la existencia del grupo.

El **RETIRO DE APOYO** es una intervención a nivel de grupo para hombres y mujeres nativo-americanos que viven con VIH que trata de crear un entorno seguro para que estas personas compartan sus experiencias y aprendan a vivir con el VIH. Las características principales del retiro de apoyo son: la oportunidad de que el personal de la agencia y las personas que usan el servicio se encuentren fuera de las instalaciones de la agencia; la oportunidad de iniciar un contacto formativo entre los participantes que continúa después del final del retiro; la creación de redes de curación espiritual y apoyo para los participantes en torno a raíces culturales comunes; y la capacidad del grupo de aliviar la sensación de aislamiento que sufren los hombres y mujeres que viven con VIH.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Organización de servicios de SIDA,
Programa de manejo de casos.*

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Ofrecer un espacio seguro para el aprendizaje intensivo del grupo sobre el VIH, el intercambio de información, experiencias y curación espiritual.
- ▶ Mejorar las vidas de los hombres y mujeres VIH+ proporcionándoles actividades de apoyo.
- ▶ Ayudar a establecer redes de apoyo, información y cuidados entre personas VIH+.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Hombres y mujeres nativo-americanos VIH+ y sus compañeros y compañeras que residen en la reserva navajo y poblaciones próximas.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El retiro de apoyo es una actividad de alcance y compromiso que se celebra durante un período de entre dos y cuatro días diseñada para proporcionar oportunidades para aprender, descansar y relajarse en un entorno natural, en el campo o en un hotel. El retiro estimula la confianza entre los grupos de personas que viven con VIH. También crea confianza entre las personas VIH+ y los proveedores de servicios de cuidados que los visitan para educarlos sobre temas particulares. Es un vehículo importante para acercar recursos a los usuarios y apoyar a personas que viven con el VIH y las comunidades locales afectadas por el VIH.



NOTAS RÁPIDAS:

Desarrollo e implementación:

El retiro de apoyo se puede celebrar en distintos entornos, puertas adentro, al aire libre y en diferentes estaciones. Completen la planificación logística y financiera con la mayor antelación posible para que el personal tenga tiempo de desarrollar un programa útil y rico, seleccionen los moderadores, preparen al personal, inviten a los conferenciantes o curanderos tradicionales y distribuyan el programa del retiro a las personas que puedan participar.

Primeros pasos:

- ▶ Busquen fuentes de financiación y ayudas a nivel estatal, federal, tribal y privado.
- ▶ Determinen los elementos de logística necesarios para el retiro: número de días, alojamiento en hoteles o campamentos y el número de conferenciantes y moderadores a los que habrá que pagar. Nota: los usuarios pueden ayudar a elegir el lugar y a planificar el retiro. Podrían proponer una variedad de opciones interesantes.
- ▶ Determinen el número de participantes. Un número ideal se encontraría entre 20 y 25 personas. Como suele ocurrir que algunos usuarios cancelan su participación en el último minuto, el personal puede planificar el retiro para menos personas de las que en realidad se hayan apuntado para el retiro.
- ▶ Si se elige la acampada para hacer el retiro, consigan todo el equipo necesario cuanto antes, ya que es algo que puede tomar su tiempo.
- ▶ Si se elige hacer el retiro en un hotel, organicen la forma de transporte para todos los participantes, ya sea alquilando un autobús, usando coches privados o transporte público.
- ▶ Planifiquen el material del programa para cada día del retiro.

Ejemplo de un programa de cuatro días — de jueves a domingo:

PRIMER DÍA —

- ▶ Traslado, llegada y tiempo para acomodarse.
- ▶ Reunión para cenar.
- ▶ Organicen una “charla en círculo” para permitir que los participantes se presenten, empiecen a conocerse, compartan sus sentimientos y hablen de lo que esperan del retiro de apoyo. Den tiempo para que los participantes expresen sus temores y sus preocupaciones.
- ▶ Final de jornada, tiempo para descansar.

SEGUNDO DÍA —

- ▶ Reunión para desayunar (si se hace acampada, los usuarios se ocupan de la preparación de la comida)
- ▶ Organicen una actividad en grupo para romper el hielo
- ▶ Hablen sobre el establecimiento de normas y reglas, revisen el programa del retiro
- ▶ Presenten al personal y den información básica sobre la actividad
- ▶ Presten oídos a cualquier necesidad que puedan tener los usuarios
- ▶ Primera presentación: una introducción actualizada al VIH explicada por un médico local
- ▶ Sesión de preguntas y respuestas (orales o por escrito)
- ▶ Descanso para almorzar
- ▶ Si se hace acampada, paseo por los alrededores
- ▶ Segunda presentación: “Vivir con el VIH” (se puede hacer al aire libre si el retiro se hace en el campo)
- ▶ Descanso y tiempo para relajarse
- ▶ Reunión para cenar fuera, si es posible (organicen una barbacoa o un picnic si las condiciones lo permiten)
- ▶ Reunión informal, charla vespertina
- ▶ Final de jornada, tiempo para descansar

“Nuestros usuarios viven a 2 o 3 horas unos de otros y muchos no tienen ni ingresos ni medios de transporte, nuestros manejadores de casos tienen que ir a buscarlos. A veces tardamos 3 horas, pero vale la pena.”

— COORDINADOR DEL PROGRAMA, GALLUP, NUEVO MÉXICO

TERCER DÍA –

- ▶ Reunión para desayunar
- ▶ Ejercicio para desarrollar espíritu de equipo: una “actividad de ayuda” física, una actividad importante para inspirar confianza
- ▶ Hablen sobre la actividad de desarrollo de espíritu de equipo
- ▶ Tercera presentación (temas posibles: nutrición, stress, cómo contarle a su familia que es VIH+ o gay, etc.)
- ▶ Tiempo para descansar y reuniones individuales con el personal
- ▶ Almuerzo
- ▶ Cuarta presentación (elijan otro tema previamente seleccionado y presentado por un conferenciante invitado, un líder de opinión de la comunidad u otra persona implicada)
- ▶ Tiempo libre, los usuarios pasan un rato juntos y establecen relaciones entre ellos y con el personal
- ▶ Sesión de “sweatlodge” con curandero o curandera de la tribu
- ▶ Los usuarios dedican tiempo a sus aficiones como pintar, dibujar, coser, etc.
- ▶ Final de jornada, tiempo para descansar

CUARTO DÍA –

- ▶ Reunión para desayunar
- ▶ Ceremonia de clausura de dos horas
- ▶ Hablen sobre lo que los usuarios se llevarán consigo de esta experiencia de retiro
- ▶ Los usuarios y el personal comparten sus impresiones y sentimientos
- ▶ Ritual de regalos: preparen regalos especiales para cada usuario. Recibir algo tangible que llevarse a casa como recuerdo del retiro es un ritual muy importante y significativo para los participantes

Ofrezcan medios de transporte a todos los participantes que los necesiten. Distribuyan impresos de evaluación a los participantes para recogerlos el último día. Envíen impresos por correo a los participantes que no rellenen uno o se olviden de entregarlo. Informen a los usuarios por correo sobre las fechas y lugares del próximo retiro.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Cada usuario o usuaria recibe una invitación por correo enviada por su manejador de casos.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ Director ejecutivo o coordinador de cuidados en VIH para gestionar la financiación y conseguir fondos
- ▶ Dos manejadores de casos para organizar todo el retiro, confeccionar el programa y acompañar a los usuarios al lugar elegido
- ▶ Moderador para apoyo del grupo

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

Formación del personal para que aprendan a tratar con usuarios agresivos o reacios a cooperar

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Es preferible celebrar el retiro al aire libre en el campo, pero también se puede hacer en un lugar cerrado, puertas adentro, si hace frío. En verano, cuando las temperaturas lo permiten, salir de acampada es una posibilidad económica y atractiva. Las actividades del retiro pueden combinarse, unas al aire libre, otras puertas adentro. Si se hace puertas adentro, en un lugar cerrado, asegúrense de que el espacio responda a las necesidades y funciones del programa del retiro.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

La actividad se realiza dos veces al año, en agosto y en diciembre. Los retiros de cuatro días se realizan de jueves a domingo. Si muchos de los usuarios trabajan y sus ocupaciones se lo impiden, el retiro se puede programar de viernes por la tarde a domingo.

CONSULTORES EXTERNOS

- ▶ Moderador de grupo
- ▶ Curandero o curandera nativa
- ▶ Psicólogo, nutricionista y médico especialista en VIH como conferenciantes invitados

SERVICIOS DE APOYO

- ▶ Transporte (de ida y vuelta al lugar del retiro)
- ▶ Equipo de audio alquilado (micrófono y altavoces)
- ▶ Traducción entre inglés y navajo, si es necesaria (realizada por un miembro del personal)

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Personal que se preocupa y desea contribuir a que las cosas mejoren
- ▶ Respeto hacia los hombres y mujeres que participan, sus compañeros y compañeras y sus familias
- ▶ Dedicación profesional, es decir, si no se siente capaz de participar en el retiro, no lo haga.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ Camaradería y amistad entre los usuarios y entre los usuarios y el personal.
- ▶ El formato del retiro y el entorno rompen el hielo y dan la oportunidad de que los usuarios se abran.
- ▶ Los usuarios aprenden mucho sobre el VIH, tanto de otros participantes como de los conferenciantes; se enteran de los recursos que hay disponibles en servicios de cuidados de salud para personas con VIH.

DEBILIDADES

Falta de fondos para realizar la actividad con mayor frecuencia o de forma más consistente. Es una de las formas de hacer que las personas VIH+ conecten con los cuidados dentro de la comunidad navajo. La escasa frecuencia de los retiros los hace insuficientes para atraer a todas las personas que necesitan cuidados.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶ Problemas de transporte; los usuarios viven lejos unos de otros y de las instalaciones de la agencia; el viaje desde la agencia al domicilio de un usuario o una usuaria puede tardar tres horas. Muchas veces las carreteras para llegar al domicilio de algunos usuarios no están asfaltadas.
- ▶ Programar demasiadas actividades puede llegar a agotar a los usuarios, si la programación no incluye suficiente tiempo libre.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ A veces, los hombres heterosexuales se sienten reacios a participar y compartir sus experiencias y sentimientos con el grupo cuando están presentes muchos hombres que se identifican como gays. En casos así, una buena moderación del grupo puede unir al grupo, pero es un trabajo muy delicado que requiere una especial sensibilidad.
- ▶ La financiación insuficiente impide que la agencia realice todo el programa de la actividad.
- ▶ Problemas de transporte: a veces los miembros del personal han de conducir durante horas para llevar a los usuarios a sus casas tras el retiro.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ El VIH y las pruebas del VIH no son prioridades para la mayoría de los trabajadores de servicios de salud pública de la red de servicios de la comunidad.
- ▶▶ Los educadores de salud en VIH y los educadores de salud en ETSs no se comunican entre ellos; las reuniones se celebran a millas de distancia unas de otras.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguna

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ Después de un retiro, los usuarios comentan que se sienten rejuvenecidos, con más energía y más confianza.
- ▶▶ Los usuarios empiezan a buscar los cuidados que antes rechazaban por falta de confianza en el sistema de salud pública.
- ▶▶ Los usuarios comienzan a aprovechar nuevos y diferentes recursos de cuidados de salud sobre los que se les habló durante el retiro.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ Los usuarios comienzan a sentir que realmente hay proveedores de cuidados que se preocupan por su salud.
- ▶▶ Los usuarios se sienten agradecidos a su manejador de casos.
- ▶▶ El personal siente que realmente pueden ejercer una influencia positiva sobre las vidas de los usuarios.
- ▶▶ Estos retiros de apoyo parecen funcionar mejor que los grupos de apoyo que se reúnen en la agencia en el caso de la comunidad navajo.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶▶ Los usuarios se enteran por otros usuarios de que se puede mantener la confidencialidad mientras reciben cuidados.
- ▶▶ Las personas se identifican con las historias que les cuentan otras personas; les ayudan a comprender con mayor profundidad la importancia de recibir cuidados médicos adecuados para la infección del VIH.
- ▶▶ El intercambio boca a boca de información práctica: saber lo que los demás hacen por su salud amplía la percepción de opciones que permiten a los usuarios comenzar a conectar o reconectar

EVALUACIÓN

- ▶▶ Los usuarios rellenan unos cuestionarios de evaluación el último día del retiro y se les da la opción de rellenarlos en casa y enviarlos por correo a la agencia.
- ▶▶ Si no hay tiempo para hacer la evaluación durante el retiro, se envían los cuestionarios por correo a cada uno de los usuarios. En algunos casos, el manejador de casos puede recogerlos personalmente durante una visita a domicilio.

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ Es vital encontrar al moderador de grupo “adecuado” con sensibilidad hacia temas culturales así como hacia temas de cuidados de salud relacionados con el VIH.
- ▶▶ Si se tiene una experiencia de retiro buena en un hotel concreto, es una buena idea usarlo de nuevo para celebrar otro retiro. Los usuarios se sienten seguros en lugares que les son familiares; además puede que a la agencia se le ofrezca un descuento.

- ▶▶ Puede ser difícil integrar usuarios heterosexuales y homosexuales; una buena moderación es muy importante para un retiro sin escollos.
- ▶▶ No es muy buena idea invitar al retiro a personas que sean totalmente desconocidas para los participantes (sobre todo personas relacionadas con el gobierno); los participantes pueden llegar a pensar que el espacio no es confidencial ni digno de confianza.
- ▶▶ Durante las actividades físicas del retiro, es importante moverse tan lentamente como la persona más lenta y ser consciente de las limitaciones físicas de las personas participantes.

PAGINACIÓN DE LAS NOTAS

CONECTAR CON:

- GALLUP DE UN VISTAZO: P. 29
- OTRA ACTIVIDAD DE GRUPO: P. 109

ÍNDICE POR CIUDADES Y ACTIVIDADES P. 23

JÓVENES Y SU COMUNIDAD es una intervención a nivel comunitario que trata de implicar a jóvenes para que proporcionen servicios de alcance comunitario a otros jóvenes en situaciones de riesgo de adquirir el VIH o que viven con el VIH. Las características principales de la actividad 'jóvenes y su comunidad' son: el reclutamiento y utilización de jóvenes como trabajadores de alcance comunitario y mentores de otros jóvenes; el programa de formación adaptado a su edad diseñado para educar a jóvenes sobre la infección del VIH y los servicios comunitarios disponibles; y el desarrollo de un modelo de comunicación dirigido a jóvenes sin prejuicios.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Asociación de Primeros Cuidados en Salud,
Centro Médico Pediátrico de la Universidad,
Programa del Título IV.*

Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos

- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Educar a jóvenes de la comunidad sobre la transmisión del VIH, su prevención y los servicios de cuidados de salud.
- ▶ Ofrecer información a jóvenes de la comunidad sobre el VIH con un vocabulario y estilo al que puedan ser receptivos y que puedan entender.
- ▶ Proporcionar a profesionales de cuidados de salud la perspectiva y visión de los jóvenes de la comunidad.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Jóvenes, de 13 a 24 años de las poblaciones con mayor incidencia de ETSs, incluyendo el VIH.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La actividad 'jóvenes y su comunidad' educa a la juventud de una comunidad sobre el VIH y responde a sus preguntas relativas a su salud y preocupaciones a través de una línea telefónica de información, una oficina de conferencias y un programa de alcance comunitario o acercamiento de recursos a la comunidad.



NOTAS RÁPIDAS:

“Se han de dejar los egos en la puerta y convertirse en parte del equipo. Se han de combinar diferentes talentos para satisfacer al grupo.””

— GERENTE DEL PROGRAMA, HARTFORD, CT

Desarrollo e implementación:

El primer paso es la identificación, selección y formación de jóvenes que puedan ser capaces de educar a jóvenes de su edad. Cada año, siguiendo el calendario escolar, de 8 a 13 jóvenes adolescentes participan en el programa.

- ▶ Se reciben propuestas de posibles participantes en el programa desde las escuelas de las áreas seleccionadas, de pacientes que se encuentran atendidos por el departamento del sistema de salud especializado en VIH (que muchas veces proponen a miembros de sus familias), de manejadores de casos (que visitan un gran número de usuarios infectados y afectados por el VIH) y de miembros de la comunidad que han oído hablar del programa.
- ▶ Los adolescentes seleccionados pasan por un proceso de formación diseñado específicamente para el programa. Las sesiones de formación se basan en materiales provenientes de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y de agencias especializadas en formación para programas de alcance comunitario, así como en material original del curso.
- ▶ El educador o educadora transmite información básica sobre la infección del VIH, su prevención y tratamiento y, además, proporciona información sobre los diferentes servicios de atención médica de la comunidad. El curso de formación también incluye secciones sobre sexualidad y orientación sexual, además de tratar el tema de la abstinencia.
- ▶ Después de su formación, los educadores jóvenes están preparados para trabajar en uno de los tres componentes principales del programa: en una línea telefónica de información sobre VIH para adolescentes, en la organización de pláticas para jóvenes y en actividades generales de alcance comunitario. El educador o educadora adolescente puede especializarse en uno de ellos o participar en los tres.
- ▶ Los jóvenes educadores gestionan el funcionamiento la **línea telefónica de información sobre VIH para adolescentes** durante el año escolar y los meses de verano. Los jóvenes educadores responden las llamadas y proporcionan información general sobre prevención, transmisión e infección del VIH y ofrecen información sobre los servicios de atención médica relacionados con el VIH que hay disponibles. Cuando la persona que llama necesita más información o ayuda se deriva a otros proveedores de servicios.
- ▶ La **organización de pláticas para jóvenes** ofrece a los educadores adolescentes la oportunidad de hablar sobre el VIH en diferentes espacios. Las organizaciones o eventos (que incluyen conferencias, escuelas, iglesias, ferias de salud, organizaciones de servicios) que buscan personas que puedan hablar sobre el VIH pueden ponerse en contacto con la oficina de conferencias que a su vez pasa las peticiones a los educadores jóvenes. El personal y los educadores jóvenes que trabajan en la organización de conferencias deciden quien hablará en una conferencia particular y preparan el mensaje adecuado.
- ▶ Las **actividades generales de alcance comunitario** son realizadas y planificadas por los educadores jóvenes bajo la supervisión del personal del programa. No existe un horario formal de actividades de alcance comunitario, el trabajo se realiza a medida que se identifican las necesidades, determinadas por los mismos educadores jóvenes. [Por ejemplo, para el Día Nacional de la Prueba del VIH (National Testing Day), los jóvenes planifican un día en el que hablarán a miembros de la comunidad sobre la conveniencia de hacerse la prueba, además de proporcionar información general sobre el VIH.] Todas las actividades de alcance comunitario van dirigidas a jóvenes de las áreas más afectadas por el VIH.

Las actividades del programa están estructuradas y supervisadas por el personal del programa.

- ▶ Los educadores jóvenes reciben un estipendio por el desarrollo de sus actividades: \$25 por cada actividad de alcance comunitario y entre \$8 y \$9 por hora de trabajo en la línea de información telefónica. Todo el grupo de educadores jóvenes se reúne un mínimo de dos veces al mes y trata sobre las actividades en curso, planifica futuras actividades y participa en cursos de formación continua. Además, los jóvenes se reúnen a su conveniencia para realizar actividades informales de alcance comunitario. Aunque no es una parte oficial del programa, se anima a los participantes a educar a sus compañeros y a miembros de su comunidad siempre que sea posible.

Aunque el objetivo principal del programa no sea el de dirigirse específicamente a las personas que conocen su status y no estén recibiendo cuidados, los jóvenes educadores se encuentran regularmente con personas de estas características en el curso de sus actividades de alcance comunitario.

- ▶ En estas situaciones, los educadores jóvenes usan su formación para proporcionar información sobre los beneficios de recibir cuidados y ayudan a conectar a estas personas con los servicios de salud comunitarios adecuados.

- ▶▶ El objetivo principal de los educadores jóvenes es ante todo trabajar con jóvenes de su edad para atender sus necesidades y conectarlos con los cuidados relativos al VIH, si esa es una de sus necesidades.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La promoción se hace de palabra, a través de medios tradicionales como son las publicaciones escolares (especialmente la línea de información telefónica) y a través de la página web de la agencia.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ Para la formación y coordinación, hay dos miembros del personal que reparten su jornada laboral como manejadores de casos y como especialistas en actividades de alcance comunitario para jóvenes.
- ▶▶ Otros proveedores o profesionales de servicios de salud trabajan con el grupo cuando se los necesita.
- ▶▶ La línea de información telefónica la gestiona un miembro adulto del personal (un manejador de casos o un especialista en actividades de alcance comunitario para jóvenes) que trabaja con los educadores jóvenes.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ El programa usa materiales pedagógicos de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention), de la Alianza contra el SIDA Infantil (AIDS Alliance for Children) y del Consejo Nacional de Minorías contra el SIDA (National Minority AIDS Council), además también proporciona material de formación adaptado para todos los participantes.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Las reuniones y cursos de formación tienen lugar en el Centro Médico.
- ▶▶ Las actividades de la línea de información telefónica se llevan a cabo desde las oficinas de uno de los proveedores de servicios locales.
- ▶▶ Las conferencias tienen lugar en salas de conferencias locales o regionales, escuelas, iglesias, ferias de salud y organizaciones comunitarias y de servicios.
- ▶▶ Las actividades de alcance comunitario se llevan a cabo allí donde se necesitan, incluyendo lugares próximos dentro del mismo estado pero fuera de la comunidad.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Hay reuniones de supervisión y cursos formales de formación para jóvenes educadores dos veces al mes y de 2 a 3 reuniones de grupo de jóvenes educadores al mes.
- ▶▶ La línea de información telefónica funciona de 5 a 7 de la tarde de lunes a viernes durante el año escolar y de 3 a 5 de la tarde los meses de verano.
- ▶▶ Las conferencias se organizan cuando hay demanda.
- ▶▶ Se organiza una actividad formal de alcance comunitario dos veces al mes.

CONSULTORES EXTERNOS

Se usan consultores externos como recurso de formación.

SERVICIOS DE APOYO

Se dan pases de autobús para transporte y se usan vehículos estatales cuando son necesarios

“La intervención no está hecha para adaptarse a todo tipo de personas; puede que no sea el mensaje adecuado o puede que no sea el mensajero adecuado.”

— DIRECTOR DEL PROGRAMA, HARTFORD, CONNECTICUT

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Ha de haber un alto nivel de apoyo logístico.
- ▶ Ha de haber un espacio adecuado para las reuniones de los jóvenes.
- ▶ Es de crucial importancia tener el personal organizativo adecuado con la correcta combinación de cualificaciones y personalidades.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

El punto más fuerte lo aportan los jóvenes que interactúan con otros jóvenes sin juzgar sus opiniones, hablando de temas de interés reales para este grupo de edad. La interacción con los educadores jóvenes es bien recibida por los jóvenes que tienen preguntas pendientes o se sienten confusos. Los educadores jóvenes desarrollan un sentido que les permite saber hasta dónde pueden llegar con sus interlocutores y que es una de las habilidades más difíciles de enseñar.

DEBILIDADES

Algunos adolescentes empiezan a colaborar con el programa cuando tienen 16 años y no pueden dedicar mucho tiempo al programa. El hecho de que sean jóvenes y tengan intereses diversos puede suponer un escollo para la consistencia del programa.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

Este programa no está hecho para adaptarse a todo tipo de personas, a veces lo que transmite no es el mensaje adecuado y otras veces el mensajero no es el adecuado.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

El hecho de que los miembros del personal repartan su tiempo de trabajo como manejadores de casos y trabajadores de alcance comunitario para la juventud puede dar lugar a una dedicación de su tiempo desequilibrada. Es un entorno de trabajo intensivo que puede dar lugar a agotamiento a causa de las dificultades para gestionar su tiempo y por la exigente naturaleza del trabajo de proporcionar servicios de salud para la comunidad.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Hay muchos usuarios potenciales con los que no se llega a contactar o desconocen el programa a pesar de los esfuerzos de promoción de la comunidad.
- ▶ Algunas organizaciones todavía no entienden o no apoyan las intervenciones del programa de educadores jóvenes y no aprovechan sus recursos.

USUARIOS NO APROPIADOS

- ▶ El programa no trabaja con educadores jóvenes menores de 16 años. El programa considera los menores de 13 años como audiencia no apropiada para las intervenciones de los educadores jóvenes.
- ▶ Puede ser difícil integrar a jóvenes VIH+ en el programa.

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

El programa funciona porque el modelo puede modificarse fácilmente para cubrir las diferentes necesidades de la comunidad; no es un modelo rígido. El programa tiene múltiples proveedores con los que contar y puede atender diferentes necesidades cuando sea necesario.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ Los adolescentes reciben una formación que les será muy útil en su vida al verse implicados en relaciones en las que tienen que aconsejar positivamente a otros jóvenes.
- ▶ La actividad crea una concienciación sobre temas de salud en general; ayuda a los jóvenes a los que va dirigida a explorar otros temas además del VIH.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ Los jóvenes de la comunidad reciben información sobre cuidados relativos al VIH para sí mismos y para otros miembros de su familia con un vocabulario y estilo al que se muestran receptivos y que comprenden.
- ▶ Los educadores jóvenes, que pertenecen a la comunidad donde llevan a cabo actividades de alcance comunitario tienden un puente de información con los servicios de cuidados médicos relativos al VIH en esa comunidad para las personas que no están conectadas a ellos.

EVALUACIÓN

- ▶ El personal supervisor evalúa el tipo de aprendizaje y lo que los educadores retienen y las habilidades desarrolladas por cada uno de los adolescentes.
- ▶ La actividad se evalúa en base a la frecuencia con que se contacta con el programa para llevar a cabo actividades de alcance comunitario.
- ▶ El personal usa un impreso de seguimiento básico para actividades de alcance comunitario.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ No subestimen la necesidad de amplia formación y adecúen los cursos al nivel de los adolescentes..
- ▶ Contar con un sistema de apoyo y el liderazgo adecuado es importante; no esperen que los educadores jóvenes puedan hacerlo todo.
- ▶ Hagan un esfuerzo para conseguir las personas adecuadas para el programa, no es un trabajo que cualquiera pueda hacer.

ENLACE DE PRIMEROS cuidados es una intervención a nivel comunitario diseñada para ofrecer soluciones a las dificultades que tienen los usuarios o usuarias con el sistema de cuidados médicos o que se han “quedado fuera” de su alcance. Las principales características del enlace de primeros cuidados son: la gestión de relaciones difíciles con el sistema de cuidados médicos en beneficio de personas que viven con el VIH; la relación de igualdad, confianza y asesoramiento que el enlace de primeros cuidados establece con los hombres y mujeres a los que se dirige la actividad; y la promoción del servicio dentro de la comunidad por recomendación de unos usuarios a otros.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Departamento de salud pública comunitario,
Centro de salud comunitario.*

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Establecer una voz dentro del sistema de cuidados médicos que defienda las necesidades de los usuarios.
- ▶ Conectar a personas VIH+ con los servicios de cuidados relacionados con el VIH ayudándoles a encontrar y utilizar los servicios disponibles.
- ▶ Ayudar a establecer una relación de confianza entre los usuarios y usuarias del sistema de cuidados médicos.
- ▶ Hacer que los usuarios y usuarias se responsabilicen del cuidado de su propia salud.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Hombres y mujeres mayores de 21 años, con un especial énfasis en mujeres, en poblaciones afro-americanas y latinas.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El papel del enlace de primeros cuidados intenta ir más allá del primer estadio de *identificación* del usuario o la usuaria y le ofrece *opciones* de cuidados médicos. El enlace de primeros cuidados debería ser un miembro de la comunidad diana que esté familiarizado con la red de servicios de salud pública, que se sienta cómodo trabajando tanto en la oficina como en distintos lugares de reunión frecuentados por las personas de la comunidad como en las agencias de salud pública y que sea capaz de establecer una relación de confianza mutua con los usuarios y usuarias basada en la franqueza y la comunicación abierta.



NOTAS RÁPIDAS:

Desarrollo e implementación:

- ▶▶ El primer paso para el establecimiento de un programa de enlace de primeros cuidados consiste en identificar la necesidad dentro de la comunidad.
- ▶▶ Para que el enlace de primeros cuidados sea un programa eficaz, la agencia debe, en primer lugar, identificar las insuficiencias del sistema de salud pública que puedan ser la causa de que algunos usuarios puedan quedarse sin cuidados, a la vez que identifica el tipo de usuario o usuaria afectados.
- ▶▶ Aunque el enlace de primeros cuidados trabaja sobre todo desde una de las agencias, es aconsejable que esa agencia establezca una relación de colaboración con otros proveedores de servicios para que el enlace de primeros cuidados pueda hacer uso de todos los recursos comunitarios de salud para cubrir las necesidades de la población diana.
- ▶▶ Una vez se hayan definido las responsabilidades y el papel concreto del enlace de primeros cuidados, se contrata a una persona para cubrir el puesto.
- ▶▶ Lo ideal es que el enlace de primeros cuidados sea una persona que esté familiarizada con la comunidad y con la red de servicios VIH. Sin embargo, si no es posible encontrar esta persona, quien ocupe el puesto debería seguir un curso de formación y familiarizarse con estos elementos antes de empezar a trabajar.
- ▶▶ Es importante que los usuarios y usuarias puedan interactuar con el enlace de primeros cuidados en relación de igualdad y que no lo perciban como un miembro “oficial” del sistema de salud pública.
- ▶▶ La persona contratada como enlace de primeros cuidados empieza a trabajar en la agencia desarrollando una estrategia para cumplir los objetivos de su misión de la manera más eficaz.
- ▶▶ Trabaja en una oficina ubicada en una de las agencias y debe estar disponible para visitas sin cita previa de los usuarios y usuarias que necesiten sus servicios.
- ▶▶ El papel principal del enlace de primeros cuidados dentro de la agencia es encontrar usuarios en peligro de quedarse fuera del sistema de salud pública y ayudarles a restablecer su relación con los servicios de cuidados médicos, además de identificar a personas VIH+ que no están recibiendo cuidados y ayudarles a comenzar el proceso de acceder a los servicios que necesitan.
- ▶▶ Los usuarios y usuarias que se encuentran en dificultades con los servicios de cuidados y otros servicios comunitarios se derivan al enlace de primeros cuidados para que les ayude y, a la vez, les anime a recomendar el servicio a las personas de su entorno que sepan que tienen una relación precaria con el sistema de cuidados médicos.
- ▶▶ Entre los servicios que el enlace de primeros cuidados puede proporcionar a sus usuarios están: ayudar a conectar a un usuario o usuaria con los servicios comunitarios de vivienda, con un médico especialista, acompañarlos a sus citas con sus médicos, manejadores de casos y otros proveedores de servicios e incluso poner en marcha pequeños grupos de apoyo para las personas con dificultades particulares para conectar con los diferentes servicios de cuidados médicos.
- ▶▶ Además, el enlace de primeros cuidados participa en actividades de alcance comunitario siempre que sea posible, tanto realizando directamente actividades de alcance comunitario como dando pláticas en escuelas y ante grupos de la comunidad. Estas actividades de alcance comunitario ayudan al enlace de primeros cuidados a llegar a personas que tal vez conozcan su status VIH pero nunca han accedido a cuidados.
- ▶▶ Si una persona se queda fuera del sistema, el enlace de primeros cuidados puede usar la red de recursos para localizarla y volverla a conectar con los cuidados. Si hay necesidades que cubrir antes de que esa persona se sienta preparada para reconectar con los cuidados, el enlace de primeros cuidados debe atender esas necesidades en primer lugar.
- ▶▶ Para ser eficaces, los enlaces de primeros cuidados han de establecer una buena conexión con las organizaciones y proveedores de servicios de toda la comunidad.
- ▶▶ Los usuarios de otras agencias pueden derivarse al enlace de primeros cuidados y el enlace de primeros cuidados puede derivar a sus usuarios a otra agencia según sea el caso. De esta forma se asegura que los usuarios reciben los cuidados más eficaces y no solo los cuidados más fácilmente accesibles.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Dentro de la comunidad, las gente se entera de la existencia del enlace de primeros cuidados por recomendación de otras personas, derivación de agencias comunitarias y otras agencias, y a través de anuncios publicitarios emitidos por una estación de cable de acceso público que programa información sobre el VIH y los servicios locales existentes.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ Dos enlaces de primeros cuidados.
- ▶▶ Médico especialista en enfermedades infecciosas.
- ▶▶ Manejador de casos.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

Además de conocimientos generales sobre VIH, la persona que trabaje como enlace de primeros cuidados ha de tener formación sobre como hacer pruebas OraSure y formación sobre tuberculosis.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

El enlace de primeros cuidados tiene su propia oficina en la clínica. Además, realiza actividades de alcance comunitario en las calles, albergues, hace visitas a domicilio y visita centros de día.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

Continua

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

El enlace de primeros cuidados tiene acceso a los servicios de apoyo proporcionados a los usuarios de la clínica que incluyen servicio de comedor, pases de autobús, medicamentos, furgonetas de transporte y servicios de traducción de inglés a español.

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Para que esta actividad tenga éxito, es necesario que exista una comunidad de servicios VIH que ya estén colaborando entre sí o que hayan alcanzado el compromiso de hacerlo en el futuro. También es necesaria una buena supervisión dentro de la agencia que implementa el servicio de enlace de primeros cuidados para mantener las actividades debidamente enfocadas.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ Los usuarios ven al enlace de primeros cuidados como un igual y se sienten más cómodos relacionándose de forma honesta y abierta.
- ▶▶ El enlace de primeros cuidados sirve como una especie de "mentor" para los usuarios al colaborar con ellos para identificar, comprender y cubrir sus necesidades relativas a cuidados médicos del VIH.

DEBILIDADES

- ▶▶ Cuando los usuarios ven al enlace de primeros cuidados como un igual en lugar de verlo como un proveedor de servicios, resulta difícil mantener una relación profesional y no establecer una relación demasiado estrecha con el usuario.
- ▶▶ Aunque el enlace de primeros cuidados mantiene relaciones informales con proveedores de servicios locales, las clínicas y sus usuarios, no siempre es una relación libre de problemas.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶▶ A veces los usuarios albergan expectativas poco realistas sobre lo que el enlace de primeros cuidados puede proporcionarles y quieren o esperan servicios que el enlace no puede conseguirles.
- ▶▶ Lo que el enlace de primeros cuidados puede conseguir para mejorar las situaciones reales de sus usuarios tiene sus límites. La pobreza y el uso de drogas son situaciones que una conexión con los cuidados no van a cambiar.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶▶ No hay suficientes fondos para cubrir adecuadamente todas las necesidades actuales de los usuarios.
- ▶▶ El enlace de primeros cuidados puede verse absorbido por la dinámica interna de la clínica y encontrarse haciendo tareas que no son parte de su trabajo.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ Los administradores pueden mostrarse reacios a contratar una persona de la comunidad para trabajar con sus usuarios y los de otras organizaciones.
- ▶▶ Las disputas territoriales con otras agencias pueden ser un obstáculo a la hora de crear un buen ambiente de trabajo.
- ▶▶ Las dificultades con la red de derivación de servicios pueden impedir que algunos usuarios consigan servicios.
- ▶▶ Otros problemas sociales, económicos y políticos dentro de la comunidad general tales como la violencia y disputas entre bandas sobre drogas, pueden impedir que algunas personas accedan a los servicios del enlace de primeros cuidados.
- ▶▶ Las barreras lingüísticas pueden impedir que el enlace de primeros cuidados trabaje con ciertas poblaciones de usuarios.

USUARIOS NO APROPIADOS

Poblaciones económicamente solventes, aunque el enlace de primeros cuidados presta sus servicios a cualquiera que pida ayuda.

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ Los usuarios buscan activamente la ayuda del enlace de primeros cuidados para que les ayude a resolver sus conflictos con el sistema de cuidados médicos.
- ▶▶ Los usuarios que se han quedado fuera del sistema vuelven a reconectar con la ayuda del enlace de primeros cuidados.
- ▶▶ Los usuarios se acercan a buscar cuidados en fases relativamente tempranas de su infección en lugar de esperar a sentirse gravemente enfermos.
- ▶▶ Los usuarios han dado un verdadero cambio a sus vidas, incluso personas que hubieran muerto si no hubieran contado a tiempo con una intervención eficaz.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ Trabajar en estrecho contacto con la comunidad de las personas a quienes se presta el servicio proporciona una educación personal gratificante para el enlace de primeros cuidados y le da una nueva perspectiva sobre los servicios y cuidados del VIH.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶▶ El enlace de primeros cuidados se convierte en una parte activa del plan de cuidados médicos del usuario.
- ▶▶ Los usuarios ven al enlace de primeros cuidados como un igual y se sienten más cómodos a la hora de interactuar de forma honesta y abierta sobre su situación real y sus necesidades reales de cuidados médicos.
- ▶▶ La relación que se establece con el enlace de primeros cuidados facilita la conexión o reconexión con los cuidados.
- ▶▶ Trabajar en estrecho contacto con la comunidad, o como parte de la comunidad, permite al enlace de primeros cuidados localizar personas que conocen su status pero no están recibiendo cuidados y animarlas a buscar esos cuidados enfrentándose a sus conflictos reales con el sistema de cuidados médicos.

EVALUACIÓN

- ▶▶ Como parte de su descripción de su puesto de trabajo, se espera que el enlace de primeros cuidados lleve un registro de indicadores de ciertos procesos (entre los ejemplos podrían incluirse el número de clientes visitados y la frecuencia de las visitas) de forma regular.
- ▶▶ Hay auditorías periódicas para los servicios financiados por los títulos de la Ryan White Act.
- ▶▶ El programa mantiene registros gráficos con información de los usuarios que pueden acceder a ciertos servicios, derivaciones a otros programas y recoge datos relevantes de los resultados.

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ La supervisión fiable y sistemática es necesaria.
- ▶▶ La flexibilidad es muy importante, tanto por parte de la agencia como por parte del enlace de primeros cuidados.
- ▶▶ Financiar el puesto al 50% con fondos no provenientes de ayudas de la Ryan White Care Act daría al enlace de primeros cuidados una mayor flexibilidad sobre lo que puede hacer por los usuarios del servicio.
- ▶▶ Es importante colaborar con agencias no específicamente dedicadas al VIH tanto como sea posible.
- ▶▶ Es útil trabajar con otros grupos dentro de la comunidad que se muestren preocupados acerca del VIH (como grupos de investigación) desarrollando ideas y estrategias conjuntas.

La **LOCALIZACIÓN POR CÓDIGO** postal es una intervención a nivel comunitario que utiliza datos públicos y datos estadísticos del departamento de salud pública para crear un 'mapa' de puntos calientes de VIH dentro de una área geográfica específica. Recogiendo datos relativos a ETSs, arrestos, carencias de vivienda, embarazos no deseados y absentismo o fracaso escolar, los programas de actividades de alcance comunitario pueden hacer una estimación de las necesidades de servicios e identificar localizaciones específicas para servicios. Las características principales de la localización por código postal son: la documentación de necesidades de servicios en amplias comunidades y poblaciones; el establecimiento de relaciones con los principales líderes comunitarios; la capacidad de dirigir actividades de educación, prevención, asesoramiento, pruebas analíticas y servicios de derivación de alcance comunitario a las áreas específicas donde las personas VIH+ viven y se reúnen.

AGENCIA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Iglesia pluri-confesional comunitaria. Centro de actividades de alcance comunitario. Programa de servicios de prevención para personas VIH+.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Recoger y revisar datos del censo de población para identificar "bolsas" de necesidades de servicios no cubiertas dentro de la comunidad.
- ▶ Identificar distritos o barrios específicos donde las personas que viven con el VIH o están en riesgo residen y se reúnen.
- ▶ Proporcionar información relativa a servicios VIH a las personas VIH+ que estén fuera del sistema de servicios de cuidados de salud y ponerlas en contacto con la red de servicios comunitaria para que reciban los cuidados que necesitan.
- ▶ Poner en contacto a los proveedores de servicios comunitarios con las personas VIH+ que no están recibiendo cuidados médicos relacionados con el VIH.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Personas que participan en conductas de alto riesgo de infección por VIH. Familias que residen en áreas con difícil acceso a servicios. Distritos o barrios que según los datos estadísticos muestran altos índices de incidencia de infección por VIH como, por ejemplo, distritos habitados por personas de bajos ingresos.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Usando la localización por código postal, las agencias pueden localizar geográficamente "zonas calientes" o áreas de alto riesgo y cruzar datos de ETSs, infección por VIH, enfermedades relacionadas con el VIH, diagnósticos de SIDA, registros de arrestos e índices de absentismo y fracaso escolar con características demográficas.



NOTAS RÁPIDAS:

“Dirigimos nuestra actividad a las madres, abuelas, personas mayores de la comunidad, porque la comunidad las respeta y porque después dan los condones a sus hijos y nietos.”

— DIRECTOR DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE ALCANCE COMUNITARIO, NASHVILLE, TENNESSEE

- ▶▶ Para poner en marcha esta actividad, el personal que realizará la actividad se pone en contacto con el departamento de salud local y el departamento de policía para recoger y revisar datos actualizados del área identificada para su programa.
- ▶▶ Los datos de mayor utilidad para propósitos de planificación estratégica incluyen información específica sobre ETSs, embarazos de adolescentes, infección por VIH, distritos escolares con alta incidencia de absentismo y fracaso escolar, arrestos relacionados con el tráfico de drogas, tráfico de drogas y comercio de sexo. Normalmente se pueden encontrar datos epidemiológicos clasificados por unidades geográficas determinadas, como vecindarios, condados, distritos o áreas metropolitanas.
- ▶▶ De la oficina de registros públicos se recogen datos adicionales que incluyen desgloses de población sobre orígenes étnicos, niveles de educación e ingresos y otros datos demográficos de los residentes de las diferentes comunidades dentro del ámbito geográfico del programa. A veces se cobra una tarifa por la información pedida.
- ▶▶ Una vez se han recogido, revisado y agregado los datos, se introducen en un programa informático de cartografía y se imprime un mapa del área de servicio de la agencia dividido por zonas de código postal. Cada grupo de datos se imprime en un mapa distinto y luego los mapas se superponen para revelar las concentraciones de actividades y conductas de riesgo.
- ▶▶ El personal del programa de actividades de alcance comunitario junto con el director del programa revisan la información resultante para verificar las bolsas y zonas calientes dentro del área de servicio de la comunidad.
- ▶▶ Una vez que se identifican las áreas de los códigos postales y se determina que son apropiadas para que el personal del programa de actividades de alcance comunitario las incluya en el mapa de actividades y conductas de alto riesgo, se considera que estas áreas tienen “necesidades de servicios no cubiertas”.
- ▶▶ A continuación, el personal del programa busca zonas como albergues públicos, centros comerciales, parques públicos, intercambiadores de transporte público, etc., para determinar si es posible desplegar servicios y establecer “itinerarios.” Los “itinerarios” son las rutas que los trabajadores de alcance comunitario recorren como parte de su trabajo de alcance comunitario para intentar dirigirse a tantas personas VIH+ o en riesgo como sea posible.
- ▶▶ Las áreas objeto de sus actividades y los “itinerarios” se identifican como áreas donde pueden llevarse a cabo actividades de alcance comunitario, de educación sobre reducción de riesgos, de distribución de condones, de pruebas analíticas de VIH (usando pruebas de VIH rápidas) y de derivación a servicios clínicos.
- ▶▶ El personal del programa de alcance comunitario recorre el área tomando notas sobre ‘bolsas’ y ‘puntos calientes’ sobre el mapa combinado de necesidades de servicios no cubiertas para verificar la precisión de la estrategia cartográfica.
- ▶▶ El personal del programa de alcance comunitario mantiene una base de datos de todas las interacciones con las personas y familias encontradas al recorrer sus rutas de alcance para proporcionar servicios de derivación y seguimiento.
- ▶▶ El seguimiento continuo de la eficacia y el éxito de las intervenciones se revisan en las reuniones semanales del personal del programa de actividades de alcance comunitario y revisión de casos.

La actividad cartográfica puede usarse para documentar y hacer verificaciones demográficas de comunidades afro-americanas, blancas y latinas de reciente inmigración. También puede usarse para validaciones geográficas de estudios de distritos de concentración comercial, proyectos de construcción de viviendas sociales de protección oficial y de demarcación jurídica.

- ▶▶ Los pasos para la recogida de datos, similares a los pasos previos, incluyen: recoger los datos del censo más recientes por código postal de todo el condado o áreas geográficas densamente agrupadas donde puedan vivir personas de culturas similares (es decir, latinos, gays y lesbianas, afro-americanos, inmigrantes recientes, personas que están en libertad condicional, recién llegados). La información específica puede incluir lugar, densidad de población, ingresos medios por unidad familiar, nivel de educación, tendencias del mercado laboral, etc.
- ▶▶ A continuación, el personal de la actividad recoge información sobre salud, buscando específicamente datos sobre ETSs y VIH del área geográfica o población específica (del departamento de salud pública del condado). El personal también recoge datos por código postal sobre índices de arrestos (de la oficina de la policía local), buscando sobre todo datos acerca de tráfico de drogas, posesión de drogas, posesión de instrumental de administración de drogas y abuso de drogas. En algunas jurisdicciones, es necesario comprar todos los datos sobre arrestos y extraer los datos específicos de arrestos relacionados con drogas.
- ▶▶ El personal superpone los mapas detallados por código postal que contienen todos los datos seleccionados sobre una población o área específica para crear un solo mapa. Los códigos postales que hayan concentrado casos de infecciones de

ETSs, uso de drogas y arrestos, e infección por VIH quedarán identificadas como las áreas a las que deben dirigirse las intervenciones a nivel de servicios comunitarios.

- ▶ Después de que el personal de la actividad haya revisado los datos de la comunidad, el director del programa invita a todas las agencias que trabajan dentro del área geográfica en cuestión a reunirse para revisar y tratar sobre las necesidades de servicios de la comunidad.
- ▶ En esta reunión, identifican las sub-áreas con altos niveles de necesidad de servicios y proponen estrategias de las agencias individuales para responder a estas necesidades. La reunión también sirve para actualizar información sobre qué servicios están ya ofreciendo las agencias participantes y qué áreas cubren esos servicios.
- ▶ Los participantes identifican posibles estrategias comunitarias (ferias educativas sobre VIH en la que participen varias agencias, un día del mes dedicado a promocionar pruebas del VIH) que puedan desarrollarse y coordinarse más adelante.
- ▶ Se planifican reuniones de seguimiento de servicios de intervención trimestralmente. Es una reunión informal a nivel comunitario.
- ▶ Con esta actividad y las reuniones de seguimiento a nivel comunitario, las áreas con mayores necesidades se ponen en el mapa de necesidades de servicios sociales y de salud pública.

La localización por código postal también puede ayudar a una agencia y a una comunidad a “cartografiar” estrategias para atender necesidades no cubiertas. A largo plazo, la localización por código postal puede usarse como un proceso de evaluación para verificar si las estrategias de derivación, educación y alcance comunitario han sido eficaces.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Es una actividad de planificación interna; de momento no se “promociona” fuera de la agencia.
- ▶ Cuando el personal termina la confección de mapas del área por código postal, todas las agencias de servicios sociales y salud pública que trabajan en el área son invitadas a participar en la planificación de servicios para atender necesidades no cubiertas.
- ▶ El equipo de iniciativas de alcance comunitario continúa trabajando en estrecha colaboración con el Jefe de Policía y con el director de los Departamentos de Salud Pública relevantes para establecer relaciones y garantizar que los datos puedan obtenerse oportunamente.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

Se necesitan ocho miembros de personal: un director del programa, una persona para tareas administrativas y un equipo para evaluación y recogida de datos.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

Es importante contar con personal capaz de manipular datos estadísticos y con un profundo conocimiento del área de servicio. El personal necesita encontrarse cómodo trabajando con datos del registro civil, tener un buen conocimiento de la información censal, perfiles epidemiológicos y datos de seguimiento. Es útil tener conocimientos previos de software cartográfico.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

La localización de las zonas de riesgo de VIH por código postal se realiza en una oficina de la agencia; sin embargo, los datos se buscan en el departamento de salud pública local, en la oficina del registro local y del condado, y en el departamento de policía.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

El personal completa una revisión de la información cada seis meses para actualizar los datos y re-evaluar las áreas que necesitan servicios.

CONSULTORES EXTERNOS

- ▶ Enlaces con el Departamento de Policía y el Departamento de Salud Pública.
- ▶ Universidad local para hacer una revisión inicial de la metodología.

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

NECESSARY CONDITIONS

- ▶ El personal ha de desarrollar relaciones de trabajo con el jefe de policía, el director del departamento de salud pública local y con otros socios comunitarios para poder llegar a los trabajadores de proveedores de servicios y de programas de alcance comunitario.
- ▶ El personal ha de estar dispuesto a recoger datos de primera mano y averiguar como conseguir los datos de fuentes secundarias.
- ▶ La experiencia previa en manipulación estadística de datos y en el uso de software de cartografía es crítica.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ La localización por código postal dibuja un mapa del VIH en la comunidad.
- ▶ Además, establece un método para desplegar servicios y llegar a las personas de la comunidad que pertenecen a poblaciones privadas de servicios y derechos.
- ▶ Sirve como un indicador y permite a los proveedores de servicios saber dónde deben enfocar y dirigir sus servicios de alcance comunitario.

DEBILIDADES

- ▶ Los datos pueden ser difíciles de analizar oportunamente. (Los datos se vuelven obsoletos en cuanto pasa un año.) Los trabajadores del sexo y los traficantes de droga pueden cambiar sus áreas de actividad rápidamente si la vigilancia policial se incrementa o se incrementan los arrestos. Incluso cuando los datos se analizan rápidamente, puede ser ya tarde para dirigirse a personas de gran movilidad con iniciativas de alcance comunitario.
- ▶ Existe el peligro de estigmatizar a los residentes locales. Si se toman los datos como hechos, pueden tener un injusto efecto en los residentes y la población. Los miembros del personal del programa han de ser muy cuidadosos con este tipo de análisis y ser muy discretos con estos datos.
- ▶ Queda el riesgo de pasar por alto a personas con necesidad de servicios debido a que las áreas identificadas por la actividad (por código postal) no muestran todas las áreas donde viven personas afectadas por el VIH.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

Ninguna

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ Analizar los múltiples registros de datos y componer los mapas es una labor ardua.
- ▶ El personal ha de conocer las tendencias locales, las nuevas drogas que están apareciendo en la comunidad y las nuevas actividades sexuales. La agencia no puede depender únicamente de la localización por código postal para desplegar servicios o correrá el riesgo de pasar por alto otras actividades de alto riesgo.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Si no existieran datos actualizados y fiables del Departamento de Salud Pública o se encontrasen dificultades para obtener datos confidenciales sin identificación personal del Departamento de Policía todo el proceso podría fracasar.

- ▶ Una sola agencia no puede tener éxito trabajando aislada; es importante colaborar. La cartografía solo es eficaz si una agencia puede ver muchas partes de la imagen y colabora en todo con otras agencias.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ En los últimos años, la agencia ha visto descender los índices de VIH en las áreas identificadas por la actividad como objetivos de actividades de alcance comunitario.
- ▶ Confeccionar el mapa permite que el personal de programas de alcance comunitario dedique su tiempo y recursos a las áreas donde el VIH ha tenido el mayor impacto.
- ▶ Hacer una revisión periódica cada seis meses ayuda a mantener al personal actualizado sobre abuso de drogas, tráfico de drogas y servicios sexuales. Incrementa la probabilidad de disponer de información actualizada sobre las nuevas "zonas calientes."
- ▶ La información recogida nos revelará el mapa del VIH en la ciudad y puede dar una imagen fiable y con mayor textura de la epidemia "real" del VIH.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ Esta actividad proporciona documentación para la redacción de memorias de petición de ayudas y evaluación de necesidades.
- ▶ También ayuda a crear una relación de trabajo entre la policía, el departamento de salud pública, los trabajadores de prevención de abuso de drogas y los trabajadores de prevención del VIH.
- ▶ La localización por código postal también es útil para identificar áreas donde ya haya una alta concentración de servicios VIH comunitarios.

ELEMENTO DE "CONEXIÓN A LOS CUIDADOS" DE LA ACTIVIDAD

Las actividades cartográficas realmente "llegan" a las personas que no están conectadas con el sistema de salud pública y se acerca a ellas y a su comunidad. Es el contacto humano directo lo que ayuda a que las personas conecten con los cuidados.

EVALUACIÓN

El personal completa el análisis de los datos oportunamente para permitir la planificación de las actividades del programa.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Los consorcios de planificación de la Ryan White, así como otros proveedores de servicios y fuentes de financiación podrían estar interesados en esta actividad.
- ▶ Si hay áreas de la ciudad o códigos postales específicos con baja incidencia de VIH, hay un potencial de rupturas de confidencialidad. (A veces las leyes locales impiden que una agencia obtenga datos que están por debajo de un índice de incidencia específico por esta razón.)
- ▶ Es importante identificar los factores que afectan la transmisión del VIH. Esta agencia escogió datos sobre arrestos por drogas e incidencia de sífilis, pero se podrían haber escogido uso de heroína e infección por gonorrea en otras comunidades. Es importante seleccionar datos que afecten a la transmisión del VIH en las áreas locales seleccionadas.
- ▶ Es importante estar abiertos a usar nuevas fuentes de datos como nueva información sobre las áreas donde desplegar servicios. Ninguna agencia debería depender siempre de la misma fuente de información porque la gente cambia de costumbres.

“INSTANTÁNEA” DE CARGA VIRAL

7

La “INSTANTÁNEA” DE CARGA VIRAL” es una intervención a nivel individual que permite a una persona que vive con el VIH “hacerse una idea” de su estado en la progresión de su infección, el significado del tratamiento y le permite participar en el tratamiento de su salud haciendo un seguimiento de su carga viral del VIH. Las características principales de la “instantánea” de carga viral son: ayudar a que vivir con el VIH sea un concepto comprensible y la instantánea una referencia tangible, tras hacerse la prueba de carga viral; ayudar al usuario o usuaria a “ver” la relación entre el estado de su infección y el tratamiento; y proporcionar un lenguaje común tanto al profesional clínico como al usuario o usuaria

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Departamento de Salud Pública. Clínica para personas
sin hogar. Programa de Educación de Pacientes.*

- ✓ Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- ✓ Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Adquirir una comprensión “instantánea” del lugar donde se encuentra un usuario o usuaria en la progresión de su infección por VIH.
- ▶ Ayudar al usuario o usuaria a comprender la infección del VIH y la forma en que afecta a su cuerpo y su salud.
- ▶ Ayudar al usuario o usuaria a plantearse objetivos significativos para recibir cuidados y tratamiento usando la prueba de carga viral como indicador concreto.
- ▶ Animar a personas VIH+ sin hogar a comenzar a recibir cuidados médicos VIH.
- ▶ Ayudar al personal a hacer recomendaciones al paciente sobre cuándo empezar el tratamiento.

POBLACIÓN DIANA

Personas VIH+ sin hogar que conocen su status serológico.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Cuando los usuarios que reciben cuidados médicos generales en la clínica para personas sin hogar revelan que son VIH+, se les ofrece una prueba de carga viral durante una de sus visitas al médico de medicina general. La prueba es parte del componente educativo de la visita médica. El resultado de la prueba de carga viral se usa después para desarrollar un plan con el usuario o usuaria para los próximos pasos. El plan puede incluir la derivación a servicios y cuidados médicos VIH a petición del usuario o usuaria, pero no se limita a esto.



NOTAS RÁPIDAS:

Educación del paciente y prueba de carga viral:

- ▶▶ El usuario o usuaria VIH+ y la enfermera o enfermero practicante hablan sobre el VIH. Se le pregunta sobre su historial de tratamiento, si está recibiendo cuidados médicos en este momento, si se ha hecho una prueba de carga viral alguna vez, si sabe cuál es su estado general de salud y cómo se encuentra. En el curso de la conversación, también se habla sobre rutas de transmisión y estrategias de prevención.
- ▶▶ Normalmente, la enfermera o enfermero practicante repite ciertos puntos varias veces para subrayar su importancia para el usuario o usuaria.
- ▶▶ El miembro del personal que pasa la visita explica al paciente qué es la prueba de carga viral y qué significa en términos de diagnóstico de la infección del VIH. Se anima al paciente a que haga preguntas y pida explicaciones sobre lo que no entienda o lo que quiera saber.
- ▶▶ Si el paciente consiente en someterse a una prueba de carga viral, se le extrae sangre en esa misma visita y se le da hora para una visita de seguimiento una semana más tarde.
- ▶▶ La muestra de sangre se envía al laboratorio y los resultados se envían a la clínica; el proceso tarda siete días.
- ▶▶ En la visita de seguimiento, el doctor, doctora, enfermera o enfermero practicante repasa los resultados de la prueba de carga viral con el paciente y le explica lo que significan las cifras en términos de infección del VIH y su progresión.
- ▶▶ Tras la explicación de los resultados de la prueba y tras responder a las preguntas del usuario o usuaria, la enfermera o enfermero establece un vínculo entre la nueva comprensión de la infección del VIH y el lenguaje de “alta” y “baja” carga viral con la utilidad de cuidados médicos para tratar la infección del VIH.
- ▶▶ Esta forma “nueva” de ver y hablar sobre el VIH transforma la infección en algo tangible para el usuario o la usuaria. En muchos casos, resulta más fácil establecer objetivos usando la prueba de carga viral como un indicador concreto que “indica” los objetivos para una salud mejor que pueden medirse e “indicando” una nueva comprensión de la infección del VIH.
- ▶▶ Muchas veces, el usuario o usuaria es capaz de incorporar esta nueva forma de ver el VIH a su propio lenguaje y sus decisiones sobre cuidados médicos.
- ▶▶ Si el paciente decide comenzar cuidados médicos específicos para tratar el VIH, la enfermera o enfermero le ayuda a pedir una cita en otro centro (la clínica para personas sin hogar no dispone de servicios específicos para tratamiento del VIH). La clínica también ofrece opciones de transporte para ayudar a los pacientes a acudir a sus citas en otros centros.
- ▶▶ Si el paciente está indeciso acerca de comenzar o reconectar con los cuidados médicos para la infección por VIH, la tarea educativa con el paciente continúa en las subsiguientes visitas que realice en la clínica.
- ▶▶ Para el usuario o usuaria que ha concertado citas con otros servicios, se realiza un seguimiento durante sus visitas a la clínica para personas sin hogar, para asegurarse de que acude a sus citas y está recibiendo los cuidados médicos apropiados para su infección del VIH.

El usuario o usuaria continúa recibiendo sesiones educativas acerca del VIH cada vez que visita la clínica. Si la persona está recibiendo cuidados médicos específicos para tratar su infección del VIH de otro proveedor, el miembro del personal de la clínica pide al paciente que mantenga al personal de la clínica informado sobre todos los detalles de su tratamiento.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se informa a los pacientes sobre el servicio de forma individual. La prueba de carga viral se ofrece cuando el doctor o doctora la estiman necesaria, observan cambios notables en la salud del paciente o determinan que el paciente nunca se ha hecho la prueba antes.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

La prueba la administra el médico de la clínica. El seguimiento lo hace o bien un médico o la enfermera o enfermero practicante.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

El miembro del personal de la clínica ha de saber entablar una conversación fluida y sentirse cómodo hablando de una amplia variedad de temas relativos a la salud y el mantenimiento de la vida con el usuario o usuaria.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Sala de consulta de la clínica.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

Debido a los costes que conlleva la actividad, la prueba de carga viral se hace una vez con cada paciente.

CONSULTORES EXTERNOS

Trabajos de laboratorio.

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ El paciente se ha de sentir cómodo y confiado con el entorno.
- ▶▶ Ha de existir una buena relación entre el paciente y el médico, enfermera o enfermero practicante que realiza la sesión educativa.
- ▶▶ El paciente necesita sentirse cómodo escuchando la información que se le da — ha de querer ser educado.
- ▶▶ El profesional sanitario necesita ser persistente y seguir intentando educar al paciente sobre el tratamiento del VIH y la importancia de los buenos cuidados médicos.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ El resultado de la prueba da al personal y al paciente información precisa sobre la salud del paciente.
- ▶▶ Hace la infección del VIH más comprensible para el paciente.

DEBILIDADES

- ▶▶ Incluso cuando el paciente está dispuesto a recibir cuidados, puede que no pueda hacerlo porque no cumple ciertos requisitos.
- ▶▶ Los pacientes VIH+ que cuentan con algún tipo de sistema de apoyo tienen mayores probabilidades de conseguir ayuda y recibir cuidados. Las personas que no cuentan con ese apoyo muchas veces no encuentran el camino para llegar a recibir cuidados.
- ▶▶ Las personas que están solas, que tienen alguna enfermedad mental o que no tienen familia son las que tienen menos probabilidades de responder a las intervenciones educativas y a veces se las encuentra muy enfermas o muriéndose en la calle.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶ Para algunos usuarios, siete días son un largo tiempo de espera para los resultados.
- ▶ Si un usuario o usuaria regresa al proveedor de servicios médicos primarios y le dicen que todavía no es el momento de comenzar el tratamiento antirretroviral podría sentirse "desanimado" o "desanimada" y llegar a pensar que no hay ninguna razón para seguir acudiendo a las citas, rompiendo así su conexión con el servicio de cuidados médicos.
- ▶ Si un usuario o usuaria busca cuidados médicos en una clínica y se le trata con menos respeto que en la clínica para personas sin hogar, podrían ponerse en peligro futuras conexiones con ese centro.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ El largo plazo que se tarda en recibir los resultados de las pruebas.
- ▶ Falta de interés por parte del paciente en comenzar a recibir tratamiento para la infección del VIH.
- ▶ En algunos casos, los usuarios han intentado conectar con proveedores de cuidados médicos relacionados con el VIH, se les ha tratado de una forma que no les ha gustado y han abandonado su relación con el proveedor de servicios. Casos así han dejado al personal de la clínica para personas sin hogar sin opciones que ofrecer a estos usuarios.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Falta de financiación. Los costes de laboratorio son altos.
- ▶ Si una clínica no ofrece cuidados específicos VIH, hacer la prueba de carga viral en un entorno que no puede ofrecer tratamiento específico VIH podría no ser muy útil.
- ▶ Algunos pacientes no consienten en recibir cuidados específicos para la infección del VIH hasta que han alcanzado un cierto punto de debilidad física o enfermedad.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ El personal de la clínica cree que el 100% de los que acceden a hacerse una prueba de carga viral, regresan a recoger sus resultados, si no en la cita concertada al cabo de una semana, unos días más tarde.
- ▶ Los pacientes conectan con los cuidados médicos con mayor frecuencia tras la prueba de carga viral.

BENEFICIOS INESPERADOS

Ninguno

“Si las personas no tienen nada significativo en sus vidas, por qué van a comenzar un tratamiento del VIH? El hecho de sentirse queridas marca la diferencia cuando se trata de buscar cuidados médicos.”

— ENFERMERA PRACTICANTE, NASHVILLE, TENNESSEE

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ Ayuda a concretar la infección del VIH para que las personas puedan realmente “verla” y entender el proceso.
- ▶ Los usuarios comienzan a plantearse objetivos basados en la información recibida tras la prueba de carga viral, algunas personas empiezan a hablar de medicarse para “bajar los números.” La prueba ayuda a transformar el significado de la infección del VIH de una progresión inevitable hacia una muerte sin esperanza a un estado esperanzador de “longevidad.”

EVALUACIÓN

- ▶ No hay una evaluación formal de la experiencia de la prueba de carga viral. El personal evalúa la actividad basándose en las reacciones que ven y oyen en sus conversaciones con los usuarios.
- ▶ Los usuarios dan cuenta detallada de su proceso médico en cada visita a la clínica y los cambios se recogen en sus informes. Si algún usuario o usuaria ha comenzado a recibir cuidados médicos o está tomando tratamiento antirretroviral, se anota en su informe médico.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Las organizaciones que quieran poner en marcha esta actividad deberían trabajar en estrecho contacto con un laboratorio y negociar el coste del análisis de pruebas. Deberían buscar un acuerdo económicamente factible y tratar de buscar un compromiso por parte del laboratorio para recibir los resultados con la mayor brevedad posible.
- ▶ Educar bien a los pacientes requiere la “entrega” del personal. A veces es útil compartir información personal con el usuario o usuaria para reforzar la relación humana entre el proveedor de servicios y el usuario o usuaria.

MANEJO DE CASOS descentralizado es una intervención a nivel comunitario que trata de proporcionar servicios de apoyo a diferentes organizaciones y áreas geográficas para que puedan atender las necesidades de personas con VIH. Las principales características del manejo de casos descentralizado son: la ubicación de manejadores de casos en agencias externas para evaluar y derivar a las personas VIH+ a los servicios médicos comunitarios; el uso del manejo de casos tanto en zonas rurales como urbanas; y el destinar a manejadores de casos a agencias de servicio no-VIH para poder abarcar un amplio espectro de necesidades de la agencia y de los usuarios.

AGENCIA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Organización de servicios de SIDA.
Programa de manejo de casos.*

- ✓ Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- ✓ Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- ✓ Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Identificar a personas VIH+ que no están recibiendo cuidados en zonas rurales y urbanas y ponerlas en contacto con los servicios que las ayuden a llevar una vida más saludable con la infección del VIH.
- ▶ Mejorar la oferta de servicios a través de relaciones con otras agencias de la comunidad.
- ▶ Ampliar el acceso a los servicios proporcionados por las distintas agencias comunitarias.
- ▶ Extender la concienciación sobre la problemática del VIH entre los profesionales multi-disciplinarios de la red de agencias comunitarias.
- ▶ Debilitar el estigma relacionado con el VIH en las distintas agencias y en la comunidad en general.
- ▶ Crear un modelo que funcione para agencias externas y para las personas que ejercen labores comunitarias en áreas rurales.
- ▶ Servir tanto como mecanismo de oferta de servicios como de iniciativas de alcance comunitario.

POBLACIÓN DIANA

La actividad se dirige a dos tipos de audiencia: "agencias externas" y personas residentes en la comunidad con necesidades de servicios e información no cubiertas:

- ▶ Agencias dentro de la comunidad que, aún no trabajando específicamente con usuarios VIH+, tienen personas VIH+ haciendo uso de sus servicios.
- ▶ Agencias que no tengan servicios específicos de tratamiento del VIH o personal que pueda informar y educar a los usuarios sobre la infección del VIH y los tratamientos médicos necesarios para cubrir sus necesidades específicas de cuidados médicos.
- ▶ Usuarios VIH+ de "agencias externas" en zonas urbanas y personas que residen en áreas rurales.
- ▶ Personas que conocen su status VIH y personas que lo desconocen.



NOTAS RÁPIDAS:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El programa de Descentralización de Manejo de Casos destina a agencias externas a manejadores de casos cuyo objetivo es ponerse en contacto con personas que viven con el VIH que conectaron con cuidados médicos en el pasado, pero no los reciben en la actualidad, y con personas que nunca han recibido ningún tipo de cuidado médico primario para su infección del VIH. El proyecto comenzó como una iniciativa para zonas rurales y más tarde se adaptó para incluir a otros grupos que pudieran tener necesidades no cubiertas.

- ▶▶ El personal comienza el proceso identificando internamente los lugares (comunidades rurales y agencias situadas en la jurisdicción urbana) donde hay necesidad de desplegar servicios y poner en marcha iniciativas de alcance comunitario. Las localizaciones geográficas y las poblaciones VIH+ son las variables a calcular en la evaluación de necesidades.
- ▶▶ Se genera una lista de agencias o localizaciones rurales que puedan llegar a personas con necesidades no cubiertas en términos del VIH (los ejemplos incluyen, Departamentos de Salud Pública para Veteranos, Autoridad de Alojamiento, clínicas locales y organizaciones de salud no relacionadas con el tratamiento del VIH).
- ▶▶ A continuación, el personal hace una estimación de sus propios recursos para determinar lo que la agencia que implementa la actividad puede ofrecer y lo que podría necesitar adquirir.
- ▶▶ Tras la evaluación interna, el personal del programa comienza la intervención de alcance comunitario poniéndose en contacto con el personal de las agencias que han identificado. Estas iniciativas de alcance comunitario pueden incluir educación sobre el VIH. Averiguan quienes son las personas que pueden abrirles las puertas a estos entornos y establecen relaciones con ellas.
- ▶▶ A continuación, se realiza una segunda evaluación de necesidades para determinar las características exactas de las necesidades no cubiertas.
- ▶▶ Tras esta segunda evaluación, comienzan las negociaciones con los representantes de las agencias para definir el contacto continuo que se establecerá, así como la logística de la descentralización de los manejadores de casos para cubrir las necesidades de información y apoyo para personas VIH+ identificadas en el trabajo de su agencia. Los servicios ofrecidos por la agencia que implementa la actividad se promocionan como una intervención que hará más fácil las vidas del personal de la agencia externa.
- ▶▶ Si la agencia externa está interesada en “albergar” al manejador de casos de la agencia de la que parte la iniciativa, se establecen los términos de la relación: espacio de oficina, los días que se ofrecerá el servicio, cómo se preparará el servicio de la agencia que implementa la actividad, etc. y los manejadores de casos comienzan a proporcionar servicios. Los servicios a ofrecer varían dependiendo de la agencia externa.
- ▶▶ El establecimiento de contacto con los usuarios varía de agencia a agencia; los métodos más comunes consisten en tarjetas que promocionan el servicio o por derivación directa.
- ▶▶ Cuando el manejador de casos comienza su trabajo “descentralizado” en la agencia externa, el primer paso es proporcionar una sesión de formación al personal de la agencia para informar sobre los servicios que se van a ofrecer.
- ▶▶ El manejador de casos se presenta a todos los manejadores de casos de la agencia o personal de servicios a usuarios y juntos desarrollan un mecanismo para acceder a los usuarios.
- ▶▶ El manejador de casos de la agencia que implementa la actividad puede ofrecer atención inmediata a un usuario o usuaria con necesidades de cuidados médicos o de apoyo relacionados con el VIH; la frecuencia y el lugar de las reuniones dependen del usuario o usuaria. Para usuarios que viven en áreas rurales, es normal celebrar las reuniones en las casas de los usuarios.
- ▶▶ El manejador de casos trata de conectar al nuevo usuario o usuaria con la amplia red de cuidados médicos para personas VIH+.
- ▶▶ Tras el primer encuentro, el manejador de casos mantiene el contacto con el usuario o usuaria según sean sus necesidades.
- ▶▶ La relación con la agencia externa que alberga la actividad de manejo de casos descentralizada es continua.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

PARA LAS AGENCIAS EXTERNAS-

El manejo de casos descentralizado se promociona a través de las primeras iniciativas de alcance comunitario realizadas por el personal de la agencia que implementa la actividad y se describe como un modelo de intervención cooperativa que les "hará la vida más fácil":

- ▶ Permite a las agencias externas ofrecer manejo de casos de VIH sin repercutir en sus presupuestos, sin necesidad de crear nuevas infraestructuras dentro del sistema ya existente
- ▶ Las agencias externas pueden ofrecer más servicios a sus usuarios, pueden atender más necesidades de sus usuarios y pueden volverse más activas dentro de la red de proveedores de servicios de su comunidad al hacer un uso compartido de los recursos.
- ▶ Las agencias externas pueden aprender más sobre el VIH.

PARA LOS USUARIOS-

- ▶ El servicio se promociona a través de los sistemas de promoción y comunicación ya existentes: de palabra, en folletos y en circulares.
- ▶ El servicio se puede promocionar a través de los materiales informativos producidos por la agencia que implementa la actividad.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ El director de manejo de casos es responsable de la coordinación y supervisión
- ▶ Dieciséis manejadores de casos con experiencia en servicios clínicos y sociales
- ▶ Los voluntarios trabajan con los manejadores de casos para prestar servicios y apoyar al personal
- ▶ Los miembros del personal de otros servicios prestan apoyo cuando es necesario
- ▶ El personal de educación en prevención está disponible para formación y educación cuando es necesario

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

Los manejadores de casos han de tener experiencia en servicios clínicos y sociales

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Agencias de servicio externas, normalmente en una oficina privada asignada para este propósito
- ▶ Casas particulares en las áreas rurales

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

La frecuencia de la actividad depende de la negociación con la agencia externa. Puede ir de una vez a la semana a realizarse cuando sea necesario llamando al manejador de casos puntualmente. El manejador de casos descentralizado normalmente trabaja cuatro días a la semana en la agencia externa y un día por semana en la agencia que implementa la actividad.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

- ▶ Los servicios de apoyo necesarios son parte de los objetivos de la actividad: poner al usuario o usuaria en contacto con los servicios que necesite. Por tanto, si alguien necesita transporte o que le cuiden los niños, el manejador de casos descentralizado puede ponerle en contacto con estos servicios.
- ▶ En las áreas rurales, el transporte hasta los servicios médicos y de apoyo para el usuario o usuaria los proporciona el manejador de casos.

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Las agencias deben aceptar que no pueden sentarse a esperar que los usuarios vengán a buscar sus servicios; han de buscar una estrategia para encontrar programas innovadores que vayan a donde están sus usuarios potenciales y estimularlos para buscar cuidados.
- ▶ La agencia externa ha de tener un deseo de ayudar a las personas más allá de sus capacidades.
- ▶ Los manejadores de casos que participan en la actividad necesitan ser profesionales independientes e intuitivos, con experiencia y con ganas de trabajar con diferentes perfiles de usuarios.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ La actividad está centrada en el usuario.
- ▶ Proporciona "alivio" a la agencia externa.
- ▶ Permite a la agencia que implementa la actividad ampliar su radio de intervención.
- ▶ El modelo se presta a ser adaptado.

DEBILIDADES

- ▶ La actividad requiere mucho tiempo de dedicación.
- ▶ Puede implicar grandes distancias para los manejadores de casos en áreas rurales.
- ▶ Es difícil de supervisar y gestionar desde el punto de vista organizativo. Por ejemplo, un manejador de casos que trabaje en un área rural visita unos 20 usuarios al mes y viaja un total de 1.500 millas para conectar con estos usuarios.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

En el marco rural, los usuarios pueden tener la impresión de que el manejo de casos tiene una cualidad "intrusiva" porque el profesional los visita en sus casas.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ Las distancias de los desplazamientos. Muchas veces, los manejadores de casos de las áreas rurales solo pueden visitar a dos personas en una jornada de trabajo de 8 horas, ya que puede tardar 3 horas en viajar de la casa de un usuario o usuaria a otro.
- ▶ Dificultades logísticas en la supervisión del personal.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ La renovación o movilidad del personal de las agencias externas significa que el personal de la agencia que implementa la actividad puede tener que repetir todo el proceso inicial para mantener una relación ya existente.
- ▶ Puede que el VIH no sea una de las primeras prioridades de las agencias externas.
- ▶ Puede que las agencias externas no tengan el tiempo o el espacio para trabajar con usted, aunque quisieran.

USUARIOS NO APROPIADOS

- ▶ Todavía hay agencias que estigmatizan a las personas VIH+. No quieren reconocer que alguien que es VIH+ esté accediendo a sus servicios.
- ▶ Algunas agencias y organizaciones basadas en la fe han sido muy lentas a la hora de aceptar educación sobre el VIH.

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ La agencia pone en contacto a una persona con un voluntario que la acompaña a la clínica y, con ello, la conecta con cuidados médicos del VIH. Muchas veces los manejadores de casos solicitan voluntarios para acompañar a los usuarios a sus citas con los médicos.
- ▶ Los manejadores de casos llevan un control de los usuarios que acceden a nuevos servicios de cuidados de salud.
- ▶ El número de personas atendidas aumenta.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ Los usuarios y los manejadores de casos se ponen en contacto con otras instituciones comunitarias cambiando la forma en la que la comunidad trabaja y opina sobre el VIH.
- ▶ Se generan nuevas localizaciones para el despliegue de servicios, estimulando el desarrollo de servicios autóctonos
- ▶ El personal de la agencia que implementa la actividad puede enterarse de oportunidades de ayudas sociales que no están relacionadas con el VIH al trabajar en entornos de otros proveedores de servicios.
- ▶ Se han puesto en marcha grupos de apoyo en iglesias locales tanto en comunidades rurales como urbanas.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ Los usuarios no tienen que cambiar de organización para recibir servicios VIH de conexión con los cuidados médicos y de soporte.
- ▶ Los usuarios no tienen que ser identificados como usuarios que reciben servicios VIH en una organización de servicios VIH dentro de un entorno conocido y seguro.

EVALUACIÓN

- ▶ La evaluación de resultados se basa en los objetivos del plan de cuidados de los usuarios.
- ▶ La evaluación cuantitativa se basa en el número de derivaciones de usuarios de las agencias externas a la agencia que implementa la actividad, los hospitales o clínicas.
- ▶ En áreas rurales, el manejador de casos muchas veces lleva al usuario o usuaria a recibir cuidados u organiza el transporte y puede así hacer un seguimiento de los efectos de la iniciativa de intervención en la salud del usuario.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Tiene sentido implementar este servicio; no es tan difícil.
- ▶ Es particularmente útil en lugares donde el transporte es una dificultad debido a la falta de infraestructura de transporte público.
- ▶ La financiación es un tema importante; hay ayudas sociales disponibles a través del Título II y las agencias deberían solicitarlas.
- ▶ Los manejadores de casos deberían vivir en el área donde se realizan las actividades de alcance para áreas rurales.

LÍNEA DE INFORMACIÓN “HEARTLINE” es una intervención a nivel individual establecida para proporcionar acceso fácil a información sobre el VIH y los servicios de apoyo médicos y comunitarios. Las principales características de la línea de información “heartline” son: proporciona información anónima y confidencial sobre la infección del VIH y los servicios de cuidados; proporciona una oportunidad para mantener una conversación franca y honesta sobre el VIH y las situaciones de riesgo; ofrece ayuda inmediata a las personas que viven con el VIH y llaman en situaciones de crisis; ayuda a las personas que llaman a decidir sus próximos pasos y planes de acción.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Organización de Servicios de SIDA. Gestión de casos

- Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- ✓ Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Poner en contacto a las personas que llaman con los servicios de cuidados y apoyo VIH, solucionar problemas para usuarios activos de la agencia y conectar a las personas con cuidados médicos.
- ▶ Responder a las necesidades identificadas durante las llamadas telefónicas a la línea de información con planes de acción concretos al final de la conversación.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ La población general, sobre todo personas VIH+ y sus familiares, proveedores de servicios de cuidados, proveedores de otros servicios y poblaciones estadísticamente en riesgo de infección por VIH.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La línea de información trata de “abrir la puerta” a las personas que buscan información sobre VIH y servicios médicos y de apoyo relacionados pero están indecisos o son incapaces de acceder a esta información directamente.



NOTAS RÁPIDAS:

La logística de la línea de información:

- ▶▶ El primer paso para poner en marcha una línea de información consiste en preparar la logística para su funcionamiento. Se debería buscar un espacio para recibir las llamadas. Ya que la naturaleza del servicio requiere que sea confidencial, debe establecerse en un espacio que garantice intimidad.
- ▶▶ La línea de información debe ubicarse en una sala que no sea la oficina principal de la organización y cuya única función sea albergar este servicio.
- ▶▶ A continuación, la organización debe decidir cómo acceden los usuarios a la línea de información y quién contestará las llamadas.
- ▶▶ Se debería usar un número local o, mejor aún, un número gratuito ya que posiblemente algunos usuarios no puedan pagar las llamadas a este servicio.
- ▶▶ Es importante organizarla de modo que haya más de un operador disponible por turno (lo ideal sería de 2 a 3 personas) y disponer de más una línea para permitir responder a más de una llamada y así no perder a usuarios que se cansen de esperar antes de ser atendidos.
- ▶▶ Se puede establecer un horario de doce horas al día (por ejemplo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.), pero también podría funcionar las 24 horas.
- ▶▶ Las llamadas efectuadas dentro del horario del servicio las atienden miembros del personal de la agencia o voluntarios que trabajen por turnos de 4 horas.
- ▶▶ Las llamadas efectuadas fuera del horario del servicio se desvían a un servicio de contestador automático que da instrucciones para que la persona que llama deje un mensaje y un número de teléfono de manera que un miembro del personal de la agencia pueda devolver la llamada cuanto antes. Durante las horas que el servicio no está activo, un miembro del personal de la agencia lleva un pager que le avisa de los mensajes que se han dejado en el contestador automático; de esta manera, el personal de la agencia puede devolver las llamadas rápidamente.

La “respuesta” de la línea de información:

- ▶▶ La respuesta a una llamada concreta depende de las necesidades de la persona que llama.
- ▶▶ El usuario o usuaria que llama a la línea de información normalmente informa sobre el motivo de su llamada. Si dudan en hacerlo, el miembro del personal o el voluntario o voluntaria le hace preguntas para determinar la naturaleza de sus necesidades.
- ▶▶ Si el usuario o usuaria hace preguntas generales sobre la infección del VIH, el operario u operaria de la línea de información contesta sus preguntas de la mejor forma posible y les da información sobre otros recursos donde pueden recabar más información.
- ▶▶ Muchas veces, las llamadas a la línea de información las hacen personas que buscan información sobre servicios relacionados con el VIH. En muchos casos, las personas que conocen su status serológico pero no están preparadas para acceder a servicios de apoyo, llaman a la línea de información para saber qué servicios capaces de cubrir sus necesidades personales hay disponibles. La persona que atiende las llamadas le informa sobre los servicios relacionados con el VIH disponibles y aconseja sobre las posibilidades de acceder a cuidados primarios u otros servicios VIH. Además, animan a la persona que llama a concertar una cita con un manejador de casos de la agencia para ayudarle a decidir qué hacer a continuación.
- ▶▶ Aunque no existe un procedimiento de recogida de información sobre la persona que llama, si esta persona confirma su voluntad de acceder a los servicios de la agencia, la persona que atiende la llamada recoge sus datos de contacto y le concerta un cita con un manejador de casos que después determina cuáles son sus necesidades personales.
- ▶▶ Si una persona que llama concerta una cita con un manejador de casos, sus datos de contacto se pasan a uno de los dos consejeros de usuarios (miembros del personal de la agencia que hacen un seguimiento de los clientes cuando es necesario).
- ▶▶ Si el usuario o usuaria no acude a su cita, el consejero de usuarios se pone en contacto con el usuario o usuaria, determina las causas por las que no acudió a la cita y le ayuda a concertar de nuevo una cita si lo desea.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El uso y la eficacia del servicio de la línea de información depende de que el público en general conozca su existencia.

La agencia usa diferentes formas de promocionar la actividad:

- ▶▶ Listados de directorios de servicios comunitarios (ejemplos: United Way, Cámara de Comercio de empresas afro-americanas e hispanas). Incluido bajo diferentes categorías "SIDA," "vivienda" o "emergencias." Muchas de estas listas son gratuitas.
- ▶▶ Promoción a través de la página web de la agencia. Cada vez más personas acceden a la página web buscando información y servicios.
- ▶▶ El servicio telefónico 211 de la ciudad (el servicio social correspondiente al 911).
- ▶▶ Los medios de comunicación locales acostumbran a incluir noticias sobre la agencia: temas relevantes y reportajes de interés humano — "cuñas publicitarias de 30 segundos." El número de la línea de información siempre se incluye en cualquier noticia relacionada con la agencia.
- ▶▶ La red de voluntarios se usa como herramienta de marketing para los servicios generales de la agencia.
- ▶▶ Anuncios y noticias de servicios públicos sobre la línea de información en la prensa local especializada como, por ejemplo, periódicos comunitarios afro-americanos, gay y otros.
- ▶▶ Hagan un seguimiento de reportajes relevantes en los medios de comunicación. Hagan un marketing vinculado a los problemas candentes que las personas de la comunidad puedan percibir como relacionados con el VIH. Incluso cuando la agencia no los inicia, los reportajes demuestran ser útiles ya que pueden estimular a las personas a buscar servicios. El volumen de llamadas aumenta tras la aparición de un reportaje relevante en las noticias locales y los usuarios informan a la agencia que se decidieron a buscar servicios tras la aparición del reportaje en los medios de comunicación.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ Coordinador a jornada completa
- ▶▶ Cinco miembros del personal pagados a media jornada
- ▶▶ Diez voluntarios

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ Capacidad de asesoramiento en VIH y buena disposición para escuchar y atender llamadas a una línea de información.
- ▶▶ Conocimientos detallados y actualizados sobre los servicios comunitarios de apoyo y de cuidados médicos multidisciplinares disponibles..
- ▶▶ Todos los voluntarios deben seguir un curso de formación de cuatro horas sobre información básica acerca del VIH y acerca de directrices sobre la confidencialidad de los servicios sociales. El curso de formación diseñado por la agencia también se ofrece a los voluntarios una vez al mes.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Una sala de oficina privada dentro de la agencia

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Horario de servicio "activo": 12 horas al día, de 8:00 de la mañana a 8:00 de la tarde, de lunes a viernes.
- ▶▶ Servicio automatizado de recogida de llamadas: 12 horas al día, de 8:00 de la tarde a 8:00 de la mañana, de lunes a viernes y las 24 horas el sábado y el domingo.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Formación competente para el personal.
- ▶ Un directorio de recursos fácil de usar y accesible con un mecanismo que facilite su frecuente actualización.
- ▶ El personal ha de estar al corriente de los temas y reportajes sobre VIH que aparecen en los medios de comunicación porque es lo que anima a muchas personas a hacer las llamadas..
- ▶ Cualquier iniciativa de marketing llevada a cabo por la agencia debería vincularse con la línea de información para que el personal de la línea de información esté preparado para responder con conocimiento de causa y confidencialmente.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ Las personas que llaman reciben una respuesta de la línea de información. Pueden comenzar a actuar; no se las pone “en espera.”
- ▶ La línea de información:
 - incrementa la facilidad de acceso a los servicios en general
 - supera barreras de coste tanto para los usuarios como para la agencia
 - proporciona anonimato
 - es personal

DEBILIDADES

- ▶ Hay una alta rotación de personal debido al hecho de que muchos de los miembros del personal trabajan a jornada reducida y algunos miembros del personal que son VIH+ tienen sus propias necesidades de cuidados de salud.
- ▶ Las limitaciones de recursos comunitarios pueden ser problemáticas para la línea de información.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶ A veces las líneas están ocupadas.
- ▶ Los usuarios no siempre reciben la respuesta que buscan o la inmediatez que quieren.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ La línea de información queda limitada por la capacidad de la agencia de mantener “caliente” el tema del VIH en la comunidad; la “complacencia acerca del VIH” en la comunidad afecta al uso de la línea de información.
- ▶ Se precisa un alto nivel de formación y supervisión para que la línea de información sea eficaz.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Las barreras lingüísticas son un obstáculo serio.
- ▶ La complacencia y apatía de la comunidad acerca del VIH no estimula a que las personas aprovechen los servicios de la línea de información.

USUARIOS NO APROPIADOS

- ▶ Ciertas llamadas son derivadas directamente a otros servicios (por ejemplo, llamadas relacionadas con el suicidio)
- ▶ La capacidad de la línea de información de responder a llamadas de personas con dificultades de audición o de lenguaje es limitada.
- ▶ No puede atender llamadas de personas que no hablan inglés; los miembros del personal de la línea de información actualmente solo hablan inglés.

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ La línea de información recibe 12.000 llamadas al año.
- ▶ Más del 90% de las llamadas logran el objetivo de la línea de información: llevan a un plan de acción concreto para la persona que llama.
- ▶ Cada año, entre 200 y 250 llamadas ponen a una persona en contacto con los servicios de cuidados médicos en VIH, lo que representa el 5% de las 4.800 llamadas que la agencia recibe en relación con servicios VIH en general.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ La línea de información "resuelve" algunos de los "problemas inmediatos" para la agencia; alivia la carga de trabajo de los manejadores de casos al facilitar la gestión de casos a corto plazo por teléfono.
- ▶ Con el crecimiento de la agencia al pasar los años, la agencia se encontró con una gran cantidad de trabajo atrasado en cuanto a contactos y servicios. La línea de información ayudó a la agencia a ponerse al día.

"CONNECTING TO CARE" ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ Se genera un plan de acción para la persona que llama y que necesita establecer o re-establecer un conexión con los cuidados médicos.
- ▶ El conocimiento preciso y la capacidad del personal de la línea de información de orientarse en el sistema de servicios de apoyo y de cuidados médicos de la comunidad.
- ▶ La línea de información está libre de los prejuicios que se dan en una interacción cara a cara. La persona que llama se puede sentir cómoda en su anonimato, lo que le hace más fácil hacer preguntas y escuchar las respuestas.
- ▶ La persona que llama no se siente en la obligación de complacer al miembro del personal haciendo o diciendo lo "correcto," lo que le da mayor libertad para decidir cómo y cuándo conectar con el sistema de cuidados médicos. La persona que llama puede usar la información obtenida de la línea de información de acuerdo con sus necesidades.

EVALUACIÓN

Hay una evaluación basada en resultados que se registra en el impreso de recogida de datos de la línea de información.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Asegúrense de que la línea de información funciona verdaderamente en todo momento durante su horario activo tal como se anuncia.
- ▶ Asegúrense de que el personal está formado como es debido antes de promocionar la actividad.
- ▶ Proporcionen apoyo y supervisión al personal y hagan evaluaciones periódicas.

PLANEANDO LA SALIDA POST-COMUNIDAD es una intervención a nivel individual diseñada para ayudar a las personas que viven con el VIH y que reciben servicios para tratar su adicción a las drogas o alcohol dentro de una comunidad terapéutica a planear la cobertura de sus necesidades VIH tras la salida de la comunidad. Las características principales de esta actividad son: la elaboración de un plan para personas VIH+ tras la salida de la comunidad desde el primer día de estancia en el centro residencial de tratamiento; el papel del paciente en la creación de su plan de cuidados tras la salida; la actitud no discriminatoria y sin prejuicios del personal; y los servicios de seguimiento proporcionados por el centro.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Comunidad terapéutica. Planificación de altas.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶▶ Implicar al paciente activamente en la planificación de sus propios cuidados médicos.
- ▶▶ Ayudar a desarrollar un mapa personal que incluya los servicios necesarios para cubrir las necesidades individuales del paciente: el médico adecuado, el grupo de apoyo adecuado, las mejores conexiones para ayudarlo a seguir con su proceso de recuperación y los cuidados médicos óptimos VIH tras su estancia en la comunidad terapéutica.

POBLACIÓN DIANA

- ▶▶ Cualquiera que complete con éxito una fase del programa terapéutico (plazos de 7, 14 o 28 días)
- ▶▶ Personas de 13 años o más

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El proceso de "planificación tras la salida de la comunidad terapéutica" comienza en cuanto la persona entra a la comunidad terapéutica. La persona (identificada como VIH+ o que da positivo en la prueba durante su estancia) elabora un plan concreto que incluye los cuidados de su infección VIH, así como sus otras necesidades de cuidados médicos, para desarrollarlo una vez que haya dejado la comunidad. La elaboración del plan empieza desde el comienzo de su proceso de recuperación; el elemento clave consiste en que el paciente o la paciente está activamente implicado o implicada en su plan desde el comienzo.



NOTAS RÁPIDAS:

- ▶▶ Un consejero o planificador de altas comienza a trabajar con la persona en los pasos iniciales del plan para la salida de la comunidad terapéutica.
- ▶▶ El proceso empieza con la identificación de las necesidades de cuidados médicos VIH básicos, que incluyen aspectos prácticos, emocionales, espirituales y físicos; paciente y consejero tienen en cuenta todas las necesidades vitales básicas del paciente.
- ▶▶ Se identifican los ambientes de apoyo relacionados con la recuperación y se cubren las necesidades de recuperación. Las circunstancias personales, tales como los lugares donde el paciente se siente más cómodo y que horarios le van mejor, son partes centrales del diseño de este plan.
- ▶▶ Después se cubren las necesidades físicas y psico-sociales: cuidados médicos básicos, cuidados especializados, vivienda y apoyo espiritual y emocional. El personal ayuda en la elección de asesoría y terapia si es apropiado.
- ▶▶ El personal ayuda a concertar citas con los proveedores de cuidados básicos y acuerda con el paciente los mecanismos de seguimiento. Si es necesario establecer una relación inicial con la agencia de cuidados médicos básicos o con un médico especialista, se facilita el contacto.
- ▶▶ El proceso de planificación tiene lugar durante una serie de dos a cuatro reuniones que dan tiempo para explorar las distintas necesidades de cuidados médicos o de cuidados VIH del paciente, además de explorar las opciones existentes para cubrir esas necesidades.
- ▶▶ Se concertan citas con las distintas agencias antes de que el paciente abandone la comunidad terapéutica; esta es una parte clave del plan. Estas citas pueden ser tanto para continuar los cuidados básicos VIH como para visitas iniciales.
- ▶▶ El planificador de altas ayuda a los pacientes a establecer conexiones con los servicios: derivaciones a organizaciones que incluyen agencias de la red de organizaciones de servicios VIH, grupos de terapia y servicios de asesoramiento externos.
- ▶▶ Se anima al paciente a mantenerse en contacto con el personal volviendo periódicamente y participando en los grupos, seminarios y cursos que se ofrecen en el centro.
- ▶▶ El paciente abandona la comunidad terapéutica con un plan escrito que resume su red de apoyo y citas con los cuidados médicos, detallando su horario de visitas, citas con los médicos o cita con una persona de una organización de servicios VIH.
- ▶▶ Tanto el paciente como el planificador de altas se quedan con una copia del plan.
- ▶▶ El personal hace un seguimiento del paciente una vez se le da el alta de la comunidad terapéutica llamando al paciente y a los servicios a los que se le ha derivado y con los que se le han concertado citas.
- ▶▶ El seguimiento del plan se puede hacer cara a cara si el paciente regresa al centro para asistir a actividades de grupo tras su estancia terapéutica.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Ninguna

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ El coordinador de cuidados tras la estancia en la comunidad terapéutica
- ▶▶ El planificador de altas

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ Es necesario que el personal tenga conocimiento y relaciones de trabajo con otras organizaciones y servicios dentro de la comunidad.
- ▶▶ Todo el personal implicado debe tener una comprensión clara de los conceptos básicos de la infección del VIH y los cuidados médicos VIH.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Los planes se desarrollan en las oficinas de una agencia privada con el consejero o planificador de altas.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

La primera reunión tiene lugar durante el proceso de admisión el día que la persona llega; se celebran de 2 a 4 reuniones subsiguientes.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ El personal ha de estar familiarizado con el uso de los recursos comunitarios, incluyendo derivaciones a servicios de salud mental, de ayuda financiera, de vivienda, de nutrición y de asesoría legal.
- ▶▶ El personal ha de estar dispuesto a hacer consultas externas si desconocen cuestiones acerca de VIH, tratamientos, o recursos.
- ▶▶ El personal ha de demostrar una actitud de no discriminación y aceptación.
- ▶▶ El paciente ha de querer que el plan funcione.
- ▶▶ El plan ha de ser realista para el usuario o usuaria.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ Un buen plan para la salida de la comunidad terapéutica es un plan realista preparado para cubrir las necesidades reales del usuario o usuaria.
- ▶▶ El plan para la salida de la comunidad terapéutica tiene en cuenta las circunstancias de la vida real del usuario o usuaria y las posibilidades y limitaciones; “parte de donde el paciente está.”

DEBILIDADES

- ▶▶ Un plan para la salida de la comunidad terapéutica puede ser flojo si no se comienza al principio mismo del ingreso en la comunidad terapéutica.
- ▶▶ El plan es tan fuerte como lo sea el deseo del paciente; si el paciente no muestra una actitud positiva en su planificación, el plan no será fuerte o eficaz.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶▶ Transporte a las citas y reuniones acordadas
- ▶▶ Falta de cobertura de seguros
- ▶▶ A veces hay demasiadas cosas que hacer y poco tiempo para hacerlas
- ▶▶ Los pacientes se sienten vulnerables ante la “realidad” con la que se encuentran fuera de la comunidad. Pueden sentir falta de apoyo y sufrir una pérdida de mecanismos importantes para enfrentarse a la realidad.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

El personal se puede sentir impotente al darse cuenta de que un paciente se siente vulnerable al salir del centro y tener que adaptarse a las situaciones de la vida real que le puedan suponer una dificultad para llevar adelante su plan.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Demasiado trabajo para el planificador de altas que puede hacer que no tenga suficiente tiempo para dedicar a cada paciente.
- ▶ Encontrar los recursos adecuados disponibles en la comunidad puede ser difícil.
- ▶ Que el paciente no esté preparado para desarrollar o participar en la planificación de su plan para la salida de la comunidad terapéutica.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ El plan de cuidados para la salida de la comunidad terapéutica ha generado planes realistas y factibles para uso de los pacientes una vez termina su estancia en la comunidad terapéutica.
- ▶ Los usuarios normalmente tienen una actitud positiva hacia sus planes y participan activamente en él.
- ▶ A través de los mecanismos de seguimiento, el centro procura que se asista a las citas y que se hagan esfuerzos concretos para la recuperación, los cuidados de la infección del VIH y otros asuntos de salud.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ El plan ayuda a estabilizar el proceso de recuperación en general. Si el plan puede ayudar al paciente a cubrir algunas de las necesidades de la salud del paciente, el proceso de recuperación también se hará más fácil.
- ▶ Muchas veces los pacientes quieren dar algo positivo a otros pacientes y ayudarlos con sus planes de cuidados para la salida de la comunidad terapéutica.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ El hecho de que el paciente se implique en el desarrollo del plan desde el principio fomenta un alto nivel de implicación y aprendizaje sobre cómo elegir opciones de cuidados médicos, sobre todo las relacionadas con la infección del VIH.
- ▶ La existencia de actividades terapéuticas y de apoyo da al paciente VIH+ da al paciente herramientas para enfrentarse a los procesos confusos e intimidatorios que suponen los cuidados médicos básicos VIH: nueva información, pruebas de laboratorio, regímenes de tratamiento, prevención y situaciones que pueden revelar su status.

EVALUACIÓN

- ▶ En los grupos de apoyo tras la salida del centro, los usuarios hablan de sus planes y las actividades incluidas en ellos. El moderador del grupo hace un seguimiento de los éxitos y dificultades del plan.
- ▶ El planificador de altas hace un seguimiento del plan llamando a los servicios a los que derivó al usuario o usuaria para verificar si se ha asistido a las citas.
- ▶ El trabajador social de la agencia llama al usuario o usuaria para hacer un seguimiento de los pasos concretos del plan.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Desarrollar el plan lleva su tiempo.
- ▶ Los planes funcionan porque son individuales; los planes estandarizados o uniformizados no funcionan.
- ▶ Los pacientes se han de involucrar en el desarrollo de su plan de principio a fin.
- ▶ Es muy importante que el personal desarrolle relaciones con los proveedores de servicios de la comunidad a través de visitas y colaboraciones para poder ofrecer buenos servicios de derivación.
- ▶ No deriven a pacientes a servicios o profesionales que no conozcan.

GRUPO DE APOYO es una intervención a nivel de grupo desarrollada para ayudar a personas VIH+ a entender y aprender cómo vivir con el VIH. Las principales características del grupo de apoyo son: la creación de un espacio confidencial para que las personas VIH+ compartan sus experiencias de vivir con el VIH; el uso de una primera reunión a modo de grupo focal para determinar las necesidades del grupo de apoyo; el uso de moderadores que son miembros de la población diana; el papel activo de los participantes en el desarrollo del grupo de apoyo y la selección de temas; y la experiencia de “propiedad” que sienten los miembros del grupo de apoyo con respeto al grupo.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Centro médico. Centro de excelencia VIH.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Educar y proporcionar apoyo comunitario a personas que viven con el VIH.
- ▶ Proporcionar un espacio para reunir a personas VIH+ para que puedan conocerse y poner fin a la sensación de aislamiento que algunas de ellas sienten.
- ▶ Facilitar el intercambio de información general sobre problemas y temas relacionados con el VIH: medicación, sexualidad, familia y recursos comunitarios.
- ▶ Conectar los contenidos del trabajo del grupo de apoyo con las necesidades de los participantes.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Hombres y mujeres VIH+ nativos americanos (siete naciones tribales distintas) y nativos de Alaska (actualmente hay más hombres participantes, pero cada vez acuden más mujeres).
- ▶ Niños y adultos que viven con el VIH.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El grupo de apoyo con un grupo focal es una estrategia única para desarrollar un grupo de apoyo para personas que viven con el VIH. Con el uso de un grupo focal para orientar el grupo de apoyo, el personal de la agencia puede colaborar con personas que viven con el VIH y facilitar el desarrollo de un grupo que atiende las necesidades reales de las personas VIH+.



NOTAS RÁPIDAS:

“Cuando algunas personas escuchan a otras decir que les va bien con su medicación, se sienten dispuestas a dar una segunda oportunidad a su propia medicación.”

— COORDINADOR DE GRUPO DE APOYO, PHOENIX, ARIZONA

Antes de organizar formalmente el grupo de apoyo, una reunión inicial sirve como “grupo focal” para hacer una lista de las necesidades reales que tiene la comunidad VIH+ de un grupo de apoyo. Esta reunión inicial determina la estructura organizativa y el marco de contenidos del grupo de apoyo.

Primera fase que lleva a la primera “reunión del grupo focal”:

- ▶▶ El manejador de casos recibe peticiones de varios usuarios para comenzar un proyecto de apoyo.
- ▶▶ El personal pregunta a otros usuarios VIH+ si estarían interesados en participar en un grupo de apoyo y recibe respuestas afirmativas.
- ▶▶ El personal hace a otros departamentos preguntas sobre la logística y desarrollo de sus grupos de apoyo.
- ▶▶ El personal busca información en Internet sobre “cómo comenzar grupos de apoyo” y “grupos focales” y concreta una fecha, una hora y un lugar.
- ▶▶ Se elige un lugar (por ejemplo un centro de vivienda residencial o transitoria). Se concreta una fecha y hora para la primera reunión. Muchas veces, un lugar fuera de la clínica es preferible para los usuarios por razones de confidencialidad.
- ▶▶ Se anuncia la primera reunión del grupo focal en folletos. “Cualquier persona que esté interesada puede asistir. Se ruega a las personas interesadas que confirmen su asistencia. Habrá comida y bebidas.” Los folletos pueden colocarse en tableros de anuncios del centro médico; los manejadores de casos pueden invitar a sus usuarios a participar en el grupo focal. El personal puede anunciar el primer grupo focal en las reuniones de planificación del consejo y en las reuniones de la red de proveedores de servicios.
- ▶▶ En la reunión inicial del grupo focal, se crea un documento que enumera los objetivos del grupo de apoyo y las reglas básicas de confidencialidad.
- ▶▶ En la primera reunión, que se celebra en una sala de conferencias y en mesa redonda, se leen los objetivos en voz alta.
- ▶▶ Los participantes eligen un nombre formal para el grupo, determinan la frecuencia de las reuniones (las reuniones mensuales funcionan bien), los temas a tratar por el grupo y cómo se va a organizar la provisión de comida (una opción popular es que cada participante traiga un plato preparado para compartir). Generalmente el grupo come primero, para socializar, y después comienza a hablar de los temas a tratar.
- ▶▶ Es útil disponer de una hoja para que los participantes se registren con sus nombres y direcciones de e-mail para poder enviarles convocatorias de futuras reuniones y para propósitos de evaluación cuantitativa.

Reuniones del grupo de apoyo:

- ▶▶ Los manejadores de casos eligen un conferenciante basándose en la información sobre necesidades e intereses recogida en las reuniones previas.
- ▶▶ Se elige una fecha (generalmente el mismo día de cada mes, por ejemplo, el cuarto jueves del mes de 3:00 a 4:30 de la tarde).
- ▶▶ Se confirman el lugar, la sala y el conferenciante.
- ▶▶ Se anuncia la reunión oralmente a los usuarios con los que el personal se pone en contacto durante el mes y una semana antes de la reunión, por e-mail a todos los participantes activos.
- ▶▶ El anuncio también informa del próximo tema a tratar por el grupo.
- ▶▶ La reunión comienza pidiendo a los participantes que se inscriban en la lista de asistencia y se los presenta de forma informal mientras se pone la mesa con la comida a compartir. Los participantes comen antes de que la reunión empiece “oficialmente.” Durante este período de socialización, se leen las reglas de confidencialidad y se presenta al personal antes de mezclarse con los participantes.
- ▶▶ Después de comer, se hacen las presentaciones formales de todos los participantes y el conferenciante invitado. Normalmente las presentaciones solo incluyen el nombre del participante y su lugar de residencia.
- ▶▶ El conferenciante trata su tema en menos de 30 minutos dejando tiempo para preguntas y comentarios.
- ▶▶ Después de tratar el tema, el conferenciante se despide y comienza la dinámica del “grupo de apoyo.”

“A muchos nativos americanos les resulta difícil confiar en el sistema de salud público.”

— MODERADOR DE GRUPO DE APOYO, PHOENIX, ARIZONA

- ▶ No hay orden del día; los comentarios y aportaciones de los participantes fluyen de forma natural permitiéndoles compartir experiencias. Esta charla informal y tiempo de compartir experiencias es un buen momento para tomar nota de futuros temas a tratar para la reunión del mes siguiente. Ejemplos de temas a tratar son espiritualidad, tradiciones culturales nativo-americanas, nutrición, el ciclo vital del VIH, “medicaciones en mi vida,” “la vida con compañeros y compañeras VIH+ y negativos,” “los niños y el VIH.”
- ▶ Los participantes pueden traer a miembros de su familia, hijos adultos o adolescentes, y a amigas y amigos con el permiso del grupo.
- ▶ La evolución y el proceso natural del grupo puede llevarlo a redefinirse, variar su curso, dividirse en grupos más pequeños que atiendan las necesidades específicas de poblaciones concretas: adolescentes, mujeres, hombres, etc.
- ▶ Para concluir, se hace una evaluación oral de la reunión.
- ▶ Una vez que termina la reunión, el personal celebra una charla informal sobre cómo ha ido la reunión y trata sobre los posibles contenidos de la próxima reunión.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Primera reunión del grupo focal:

- ▶ Se hacen folletos para anunciar la primera reunión del grupo focal/ grupo de apoyo para los usuarios.
- ▶ Los manejadores de casos piden oralmente a los usuarios que participen en el grupo focal. También piden a otros proveedores de servicios VIH/ SIDA que promocionen el encuentro.
- ▶ El personal anuncia la reunión del grupo focal en las reuniones de planificación del ayuntamiento y en las reuniones de la red de proveedores de servicios.

Reuniones del grupo de apoyo:

- ▶ La hora, fecha, lugar de las reuniones, orden del día y conferenciante se anuncian en tabloneros de anuncios del centro médico, también se anuncian oralmente a los usuarios regulares y se envían invitaciones a participar por e-mail a los usuarios que se inscribieron en las listas de asistencia a la reunión del grupo focal o a las reuniones anteriores.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ Dos manejadores de casos

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶ El personal debe tener excelentes capacidades de escucha, una actitud carente de prejuicios y tiempo y atención para dedicar a sus usuarios.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Una sala de reuniones con espacio y sillas suficientes para un grupo de 7 a 20 personas

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

Una vez al mes

CONSULTORES EXTERNOS

Los conferenciantes invitados o personas que asisten a las reuniones para presentar un tema particular muchas veces pertenecen a otras organizaciones de servicios VIH.

“Para los americanos nativos, la competencia cultural significa conocer la manera de vivir de las tribus y mostrar sensibilidad hacia las tradiciones.”

— MANEJADORA DE CASOS, PHOENIX, ARIZONA

SERVICIOS DE APOYO

- ▶ Billetes de autobús, si son necesarios
- ▶ Los hijos de los participantes son bienvenidos a este grupo en particular

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ La agencia ha de ser conocida y respetada por la comunidad.
- ▶ El personal se ha de relacionar con otras agencias para identificar temas a tratar y conferenciantes.
- ▶ El grupo de apoyo tiene que “estar allí;” tiene que ser consistente para permitir crear confianza entre los participantes.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ La calidad de la respuesta verbal de los participantes y sus ganas de compartir.
- ▶ Muchos participantes del grupo de apoyo agradecen tener un grupo donde participar y compartir experiencias con otras personas de su misma cultura. Los grupos de apoyo para personas no nativo-americanas tienen una asistencia baja.
- ▶ Los participantes en el grupo adquieren una perspectiva mental positiva; el programa permite a los usuarios conocer a otras personas que viven en situaciones parecidas.
- ▶ Los usuarios tienen la sensación de que es su grupo de apoyo.

DEBILIDADES

- ▶ A veces los usuarios no están dispuestos a abrirse a los demás y participar en el grupo.
- ▶ La actitud negativa de algunos usuarios puede afectar a otros miembros del grupo.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶ El verano no es la mejor estación para planear las reuniones; el calor afecta las ganas de los usuarios de participar en los grupos de apoyo.
- ▶ La mayoría de los usuarios no tienen medios propios de transporte.
- ▶ A veces, las citas médicas de un usuario o usuaria coinciden con las horas de reunión del grupo de apoyo.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

A veces surgen crisis o conflictos imprevistos que exigen que el personal los resuelva de forma creativa e inmediata.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

Si el programa contara con mayor financiación, sería más fácil proporcionar transporte y aumentaría la asistencia.

USUARIOS NO APROPIADOS

Personas bajo la influencia de drogas o alcohol (El grupo tiene derecho de excluir a ciertas personas de las reuniones.)

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ Según los doctores que han informado a los manejadores de casos, los pacientes acuden más a sus citas con los manejadores de casos y hacen más preguntas a sus médicos como consecuencia de su asistencia a las reuniones del grupo de apoyo.
- ▶▶ Los participantes revisan y tratan los temas presentados por los conferenciantes invitados en las reuniones. Tratan en serio los aspectos particulares de temas VIH que pueden incorporar a sus vidas: información sobre tratamientos, información sobre nutrición, dinámica familiar y cómo contar que son VIH+ y la espiritualidad son algunos de los temas vitales tratados en las reuniones.
- ▶▶ Los usuarios empiezan escuchando al principio, pero rápidamente se sienten muy dispuestos a participar y compartir.
- ▶▶ El hecho de que vuelvan a las reuniones es un claro indicador del éxito de la actividad.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ Los usuarios establecen relaciones entre ellos y comparten sus conocimientos sobre recursos. Las personas se encuentran y se conocen en el grupo y descubren que viven en la misma reserva o en la misma comunidad rural.
- ▶▶ A veces, los usuarios comienzan relaciones naturales como "mentores" unos de otros.

"CONNECTING TO CARE" ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶▶ Cuando los usuarios oyen decir a otros que les va bien con las medicaciones y que se encuentran bien, comprenden de una forma nueva que su salud es importante y que tienen otras opciones de cuidados. También puede llevarlos a dar una segunda oportunidad a las medicaciones.
- ▶▶ La participación en el grupo de apoyo vuelve al usuario o usuaria proactivos y mejoran su relación médico-paciente. El personal puede facilitar que se hable del caso médico con los doctores.
- ▶▶ La identificación de necesidades comunes y sentimientos relacionados con la infección del VIH con otros nativos americanos puede ayudar a una persona tomar decisiones difíciles como concertar citas en la clínica o empezar el tratamiento.

EVALUACIÓN

- ▶▶ A través de los comentarios de los participantes, los manejadores de casos (moderadores) se hacen una idea de lo que los usuarios piensan del grupo de trabajo, los temas y la estructura general. Esta dinámica de respuesta de los usuarios también puede reflejar la relación de los usuarios con el programa más general: el del Centro de Excelencia VIH y sus servicios.
- ▶▶ El hecho de que los participantes traigan a amigos y miembros de sus familias es un indicador de que el espacio de reunión es útil y seguro.

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ Es muy importante mantener la especificidad nativo-americana del grupo.
- ▶▶ Es importante que los manejadores de casos se parezcan a los participantes, es decir, los manejadores de casos que llevan el grupo de soporte deberían ser nativos americanos.
- ▶▶ Es una buena idea socializar mientras se come y hacer después la charla del grupo de apoyo.
- ▶▶ El personal tiene que estar dispuesto a llevar grupos.
- ▶▶ Sean consistentes y fiables a la hora de establecer horarios y fechas de reunión.
- ▶▶ Podría ser buena idea hacer unos grupos para hombres y otros para mujeres.

ENFERMERÍA DE PRIMERA INTERVENCIÓN es una intervención de nivel individual que proporciona un vínculo clínico formal entre una persona recién diagnosticada con VIH y los cuidados médicos VIH. Las características principales de la enfermería de primera intervención son: el desarrollo de una relación de persona a persona entre un usuario recién diagnosticado y un profesional clínico especializado; la movilidad del enfermero o enfermera para desplazarse a cualquier lugar para encontrarse con el usuario; la utilización de un enfermero o enfermera especializados para proporcionar educación sobre la infección del VIH y acceso directo a los servicios y cuidados clínicos.

AGENCIA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Departamento de salud. Oficina de enfermedades infecciosas sección VIH/ SIDA.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Identificar personas recién diagnosticadas al principio de su infección y ponerlas en contacto con los servicios de cuidados médicos.
- ▶ Educar a la población de usuarios sobre terapia, adherencia, el valor de notificar al compañero o compañera y otros servicios relacionados con la salud.
- ▶ Proporcionar manejo de casos intensivo y al principio de la infección para el usuario recién diagnosticado.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Hombres gay blancos e hispanos/ latinos

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La enfermería de primera intervención está al cargo de una enfermera o un enfermero profesional con experiencia que introduce a la persona recién diagnosticada con el VIH en el sistema de cuidados médicos VIH. Proporciona a los usuarios información básica sobre su diagnóstico, acompaña a la persona a través de las fases iniciales de cuidados y ayuda al paciente recién diagnosticado a familiarizarse con los servicios médicos VIH básicos.

Para iniciar esta actividad, es necesario que la agencia trabaje con enfermeras o enfermeros bien formados y con experiencia en VIH que sean residentes en comunidades rurales y urbanas donde se encuentra la población diana del servicio. Estos enfermeros o enfermeras son los principales actores en el desarrollo de la enfermería de primera intervención. El personal del programa ha de tener una relación muy buena con los centros de tratamiento de la comunidad diana.

NOTAS RÁPIDAS:

Muchas veces, el proveedor responsable de dar los resultados positivos de una prueba facilita el primer encuentro entre la enfermera o enfermero de primera intervención y el usuario recién diagnosticado.

- ▶▶ Cuando se da un resultado positivo de una prueba, la agencia llama a una enfermera o enfermero de primera intervención para que ofrezca asesoramiento tras la prueba al usuario. Este será probablemente el primer contacto con la enfermera o enfermero de primera intervención para el usuario.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención puede acudir a cualquier centro de pruebas para asesorar tras la prueba y ofrecer una sesión informativa.
- ▶▶ En una comunidad rural, la enfermera o enfermero de primera intervención puede acudir a la casa del usuario a quien se le ha dado un resultado positivo de la prueba y explicarle el resultado, la infección del VIH y el proceso de cuidados médicos adecuados.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención también puede realizar la intervención en la calle, si no hay un lugar a donde ir. La enfermera o enfermero de primera intervención puede responder preguntas, aclarar dudas, dar información sobre la infección del VIH y prevención y extraer sangre para análisis de laboratorios, si es necesario.
- ▶▶ En el primer encuentro con el usuario, tenga lugar donde sea, la enfermera o enfermero de primera intervención hace una evaluación de las necesidades del usuario. Entonces la enfermera o enfermero de primera intervención y el usuario pueden comenzar a establecer la dinámica y el ritmo de su comunicación.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención da información acerca de la infección del VIH, los recuentos de células T₄, pruebas de carga viral, transmisión, prevención y describe el proceso de inicio de cuidados médicos específicos del VIH.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención ayuda a concertar la primera cita con el médico en la clínica más cercana y trata de que la cita sea dentro de entre 24 y 48 horas y se adapte al horario del usuario.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención ayuda al usuario a rellenar el impreso de solicitud de acceso al Programa de Ayuda para Fármacos VIH (AIDS Drug Assistance Program) que se envía después a la oficina estatal para determinar si el usuario tiene derecho o es elegible para este tipo de ayudas.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención da al usuario información para que pueda orientarse en el sistema de salud y las posibles ayudas, incluidas las ayudas estatales, que puede percibir. La enfermera o enfermero de primera intervención también puede dar información sobre la organización de mantenimiento de salud más próxima.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención lleva al usuario a su primera cita con el médico en un coche estatal, en su propio coche o acompañándolo a pie.
- ▶▶ Si el usuario lo desea, la enfermera o enfermero de primera intervención puede comenzar a trabajar con el compañero del usuario VIH+, ofreciendo información acerca de la infección, transmisión, prevención y pruebas del VIH, además de ofrecerse para asesorar y escuchar activamente.
- ▶▶ En la mayoría de los casos, tras la primera visita al médico, los profesionales de salud de esa clínica en particular se encargan de continuar las tareas de la enfermera o enfermero de primera intervención.
- ▶▶ Sin embargo, la enfermera o enfermero de primera intervención puede continuar su relación con el usuario si las circunstancias lo requieren. La enfermera o enfermero de primera intervención decide de acuerdo con criterios profesionales la duración de su trabajo con un usuario particular.
- ▶▶ El ritmo y la relación pueden cambiar con el tiempo; el usuario y la enfermera o enfermero de primera intervención pueden verse en momentos “clave” del proceso del usuario o después de varios meses para verificar que todo va bien.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Todas las agencias y centros de pruebas VIH ofrecen información y acceso a la enfermera o enfermero de primera intervención como parte de su intervención estándar.

- ▶▶ Las enfermeras o enfermeros de primera intervención tienden a promocionarse entre sí. Su existencia es conocida en la comunidad a través del boca a boca.
- ▶▶ El centro de pruebas VIH, la clínica o la agencia pueden dar al usuario un folleto informativo sobre el servicio de enfermería de primera intervención si no se pueden poner directamente en contacto con una enfermera o enfermero de primera intervención.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ Hay seis enfermeras o enfermeros en cuatro distritos de salud.
- ▶▶ Personal de apoyo en la gestión de prevención de enfermedades

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ Enfermeras o enfermeros diplomados y registrados con al menos 5 años de experiencia en VIH
- ▶▶ Curso de formación y actualización en VIH anual

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Centros de pruebas VIH, cualquier lugar donde se den resultados de pruebas VIH, o dondequiera que un usuario quiera encontrarse con la enfermera o enfermero tras recibir un resultado positivo de una prueba de VIH: una oficina de salud pública, la oficina de un médico privado, su propia casa, un bar o el albergue para personas sin hogar.

FREQUENCY

Continua. Las enfermeras o enfermeros deciden durante cuanto tiempo harán el seguimiento de un usuario en particular.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

NECESSARY CONDITIONS

- ▶▶ Los proveedores de cuidados médicos deben estar dispuestos a colaborar y trabajar con enfermeras y enfermeros.
- ▶▶ Las enfermeras y enfermeros han de tener una experiencia amplia y variada con todo tipo de usuarios y mucha experiencia en VIH.
- ▶▶ El personal de enfermería de primera intervención debe colaborar con las agencias federales, estatales y del condado. Es muy difícil trabajar si hay sentimientos de territorialidad entre las distintas agencias.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ La dedicación de las enfermeras y enfermeros y su creencia en la importancia de lo que están haciendo: tienen un deseo genuino de poner a las personas VIH+ en contacto con los cuidados.
- ▶▶ Las enfermeras y enfermeros se reúnen con usuarios que no quieren recibir cuidados (no se obliga a ningún usuario a aceptar cuidados médicos para recibir los servicios de la enfermera o enfermero de primera intervención).

“*Esta una ciudad cerrada.*”

—TRABAJADORA DE ALCANCE COMUNITARIO,
SANTA FE, NUEVO MÉXICO

“*Esta es una ciudad de mentes abiertas.*”

— TRABAJADORA DE SALUD PÚBLICA,
SANTA FE, NUEVO MÉXICO

- ▶▶ El respeto a los usuarios.
- ▶▶ El servicio proporciona un acceso rápido y directo a médicos especialistas.
- ▶▶ El servicio funciona bien allí donde no hay o hay pocos médicos especialistas en enfermedades infecciosas y pocos proveedores de servicios de cuidados médicos (sobre todo, áreas rurales).
- ▶▶ El servicio funciona bien en comunidades que tienen proveedores de servicios de cuidados médicos pero que no tienen especialistas en VIH.

DEBILIDADES

- ▶▶ El usuario puede volverse demasiado dependiente de la enfermera o enfermero de primera intervención.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención no sería un modelo necesario en áreas urbanas con una amplia gama de servicios de cuidados médicos para usuarios VIH+. Podría incluso volverse obsoleto con la evolución y desarrollo de los servicios médicos en una ciudad o jurisdicción particular.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

Ninguna

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶▶ No hay suficientes enfermeras o enfermeros, pero sí un gran número de casos.
- ▶▶ Es difícil cubrir todos los centros potenciales de intervención en lugares de alta dispersión residencial.
- ▶▶ Los usuarios pueden volverse tan “dependientes” e inflexibles en relación a abandonar su enfermera o enfermero de primera intervención que el gobierno del estado ha tenido que establecer un sistema de clasificación de tres niveles para determinar cuanto tiempo las enfermeras o enfermeros de primera intervención pueden dedicar a sus usuarios antes de darles de baja en el programa o servicio.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

Ninguno

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ El número de personas recién diagnosticadas que empiezan a recibir cuidados y de encuentros que cubren temas importantes relacionados con el VIH y la salud (educación sobre terapia, pruebas de carga viral y recuentos de CD4, oportunidades de apoyo psico-social, ayudas para la vivienda, ayudas a domicilio, derivaciones por abuso de drogas) entre las enfermeras o enfermeros de primera intervención y los usuarios muestran que estas actividades funcionan en las comunidades.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ El personal de enfermería de primera intervención puede tener un papel mucho mayor en las actividades de prevención del VIH.
- ▶▶ Las enfermeras y enfermeros trabajan mucho con temas de hepatitis C y adoptan el papel adicional de educadores que otros proveedores de servicios relacionados con el VIH no realizan por falta de tiempo o falta de preparación.
- ▶▶ Algunas enfermeras o enfermeros también llevan grupos de apoyo para la coinfección del VIH y los virus de la hepatitis.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención da la “bienvenida” al sistema de una forma profesional, experta y cálida.
- ▶▶ Las enfermeras o enfermeros son conocidos y están bien integrados en las comunidades rurales.
- ▶▶ La enfermera o enfermero de primera intervención se gana la confianza del usuario con una actitud carente de prejuicios y con su disposición para escuchar y dar consejo.
- ▶▶ El excelente conocimiento y experiencia en VIH de la enfermera o enfermero de primera intervención son clave a la hora de conectar con el usuario y, más tarde, conectar al usuario con los cuidados médicos.

EVALUACIÓN

- ▶▶ Las enfermeras o enfermeros de primera intervención toman parte en las reuniones del “equipo de cuidados”: reuniones mensuales con los profesionales clínicos, el manejador de casos y el equipo de enfermería para coordinar los cuidados de sus usuarios.
- ▶▶ Supervisión de los directores de la Oficina de Salud del Distrito.
- ▶▶ Encuestas independientes de satisfacción de pacientes con la actividad.
- ▶▶ Evaluaciones de control de calidad en visitas al centro para hablar sobre las enfermeras o enfermeros de primera intervención.
- ▶▶ El estado recibe informes de “evaluación de utilización.”
- ▶▶ El departamento de salud ha venido observando el servicio durante años y lo ha visto crecer y convertirse en un programa útil y provechoso.

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ No implementen el modelo sin dedicar tiempo a su planificación; el proceso de desarrollo siempre es una “evolución” que depende de que las personas colaboren y se sienten a la mesa para hablar.
- ▶▶ Cuesta mucho trabajo establecer buenas relaciones de trabajo con los diferentes distritos.
- ▶▶ Establezcan relaciones de respeto mutuo con los distritos, las jurisdicciones y los proveedores.
- ▶▶ Es muy importante localizar enfermeras y enfermeros diplomados y registrados en las Oficinas de Salud del distrito que vivan en la comunidad.

El **APOYO DE MUJER A MUJER** es una intervención a nivel individual que trata de ofrecer servicios de apoyo seguros, confidenciales y culturalmente apropiados a mujeres que están en riesgo de infección del VIH o son VIH+. Las principales características del apoyo de mujer a mujer son: la relación de confianza que se establece entre la educadora de salud y una comunidad particular; el ambiente libre de prejuicios y "propicio a la conversación" que la educadora de salud crea para dar apoyo a sus usuarias; y el apoyo continuo que se da a cada mujer mientras asimila información sobre el VIH y comprende el significado de su status VIH.

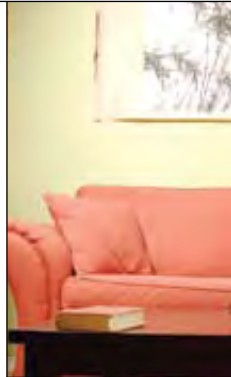
AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Organización de servicios para el SIDA.

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Ofrecer a las mujeres de la comunidad un entorno confidencial, seguro y en un lenguaje apropiado para tratar temas difíciles sobre salud y sexualidad.
- ▶ Educar a las mujeres de la comunidad sobre la importancia de tomar las riendas de su propia salud además de la de sus familias y compañeros.
- ▶ Dar acceso a información sobre el VIH, las ETS y otros asuntos de salud en general a las mujeres de la comunidad.
- ▶ Ayudar a las mujeres en riesgo de infección del VIH a decidirse a hacerse la prueba del VIH y conectar con los servicios de cuidados médicos.



POBLACIÓN DIANA

- ▶ Mujeres latinas con o sin status legal (la mayoría de las usuarias latinas tienen algún familiar que no tiene permiso de residencia) y mujeres nativas americanas que hablan español (algunas mujeres nativas americanas no se identifican como nativas americanas porque al casarse han pasado a formar parte de familias hispanas/ latinas aunque tengan una historia cultural y características físicas de nativas americanas).

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El apoyo de mujer a mujer es una iniciativa de alcance comunitario dirigida a mujeres que son VIH+ o están en riesgo y no son conscientes de su status.

NOTAS RÁPIDAS:

Desarrollo e implementación:

- ▶ El trabajo de preparación para esta actividad individual se hace primero a través de iniciativas de alcance comunitario o de aproximación de recursos a la comunidad llevadas a cabo en la comunidad latina en ferias de salud, un establecimiento comercial local, un parque o una celebración cultural donde el personal de alcance comunitario y las voluntarias y voluntarios conversan con tantas personas como les es posible. En una feria de salud, por ejemplo, es normal ponerse en contacto con 100 personas de la comunidad. Todas las conversaciones e intervenciones individuales de alcance comunitario se hacen en español.
- ▶ Tras la iniciativa de alcance comunitario inicial, a través de la cual la educadora de salud se presenta como un miembro de la comunidad “visible” y “digno de confianza,” las mujeres de la comunidad que buscan información se ponen en contacto con la educadora de salud.
- ▶ El primer contacto siempre se hace por teléfono e inicia el proceso que lleva a la reunión individual y la intervención de asesoramiento (counseling) que caracteriza esta actividad.

Un ejemplo de un proceso de intervención en la actividad de apoyo de mujer a mujer:

- ▶ Tras una iniciativa de alcance comunitario, una mujer que o bien asistió al evento o bien se enteró de las actividades de la organización a través de una persona conocida se pone en contacto con la educadora de salud.
- ▶ Muchas veces las usuarias comienzan la conversación diciendo: “Tengo una amiga que cree que está infectada por el VIH.”
- ▶ La educadora de salud se ofrece a reunirse con la usuaria que normalmente rechaza la oferta las primeras veces.
- ▶ La educadora de salud recibe varias llamadas de la misma mujer que continua hablando de su “amiga” con VIH en los días o semanas siguientes.
- ▶ La usuaria puede tardar muchas semanas antes de decidirse a confiar en la educadora de salud y decirle que ella es la persona con preguntas sobre el VIH y dispuesta a reunirse individualmente con la educadora de salud, normalmente en una casa particular, un restaurante o un café.
- ▶ Una vez en el lugar de reunión, la educadora de salud, comienza a responder a las preguntas sobre el VIH de la mujer con calma. Este proceso puede tardar algunas semanas y realizarse en varios encuentros.
- ▶ La educadora de salud pide a la mujer que hable sobre su familia y tras hablar de su familia, a la mujer le resulta más fácil hablar de sí misma. Normalmente la mujer sabe que ha estado en situaciones de riesgo, pero tiene miedo de hablar de ello abiertamente.
- ▶ La usuaria puede comenzar la conversación sobre su riesgo de infección por VIH diciendo: “Creo que mi marido me ha pasado algo, pero tengo miedo de hacerme la prueba.”
- ▶ La educadora de salud empieza a dar a la mujer la información básica sobre la transmisión e infección por el VIH. Este proceso de educación tiene lugar en sitios informales, sin documentos técnicos, en un lugar acordado para el encuentro fuera de la agencia. Al pasar el tiempo, la mujer puede empezar a sentirse lo bastante segura con la educadora de salud como para encontrarse para “platicar” en la agencia.
- ▶ Una vez se han creado lazos de confianza y la usuaria ha adquirido más conocimientos sobre el VIH, generalmente quiere hacerse la prueba. Esto solo sucede cuando reconoce que las actividades sexuales de su marido son un probable factor de riesgo de que ella se infecte con el VIH o adquiera otra ETS.
- ▶ La educadora de salud concierta una cita para que la usuaria se haga la prueba y normalmente la acompaña a recoger el resultado.
- ▶ Si el resultado es negativo, la usuaria y la educadora continúan reuniéndose para trabajar en la reducción de riesgos de la “conducta de alto riesgo” presente en su matrimonio. Es un trabajo difícil que implica capacitar a la mujer para hablar de sexo con su marido, tal vez por primera vez para ella. Es un momento muy delicado ya que hablar de sexo con su marido podría dar lugar a situaciones de violencia.
- ▶ Si el resultado es positivo, las reuniones continúan para tratar varios temas vitales: la infección del VIH, los cuidados médicos VIH, la salud de sus hijos (si tiene alguno) y la de su marido.
- ▶ La educadora de salud pasa varias sesiones escuchando a la mujer hablar de su vida, de su familia, sus hijos y de cómo puede afectarles la situación, lo que ayuda a la mujer a buscar cuidados para sí.

“La idea de que las mujeres hablan con los hombres sobre prevención del VIH, o incluso de sexo, es una idea equivocada.”

— OUTREACH WORKER, SANTA FE, NEW MEXICO

- ▶ Cuando la mujer está preparada, la educadora de salud debe averiguar lo que la mujer sabe para poder proporcionarle información y proponerle opciones para cubrir sus necesidades de cuidados médicos en VIH.
- ▶ La usuaria habla entonces de su propia necesidad de encontrar un entorno seguro donde no se sienta juzgada y se sienta segura, un lugar donde su cultura y sus creencias sean respetadas. También necesita estar segura de que si algún miembro de su familia no tiene permiso de residencia, no se verá afectado por su contacto con los servicios de cuidados médicos.
- ▶ Si en la clínica de la comunidad hay personal que hable español, algunas mujeres empiezan a recibir cuidados allí mismo.
- ▶ Algunas mujeres no se sienten seguras usando los servicios locales y viajan a otras ciudades para recibir cuidados médicos “anónimos” en grandes clínicas donde hay profesionales clínicos que hablan español. Algunas mujeres se mudan con sus familias a otras ciudades mientras otras vuelven a sus países de origen para recibir cuidados en un entorno culturalmente más seguro. Muchas familias afectadas por el VIH sienten la necesidad de mudarse a otra ciudad u otro país para obtener servicios de cuidados médicos “cultural y lingüísticamente competentes.”
- ▶ Mientras la usuaria toma su decisión acerca de los cuidados médicos puede empezar a usar “remedios caseros” y medicina tradicional, es decir, hierbas y plantas medicinales.
- ▶ En algunos casos, después de que la mujer empiece a buscar cuidados médicos y haya entablado una “conversación” en su casa acerca del VIH y los cuidados médicos, su marido considera la posibilidad de hacerse la prueba y buscar cuidados médicos para sí.

Si la mujer se queda en la misma comunidad, la educadora de salud continua siendo un recurso de confianza de apoyo e información.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Alta visibilidad de las educadoras de salud en la comunidad: ferias de salud, parques, negocios dirigidos por latinos, sesiones de presentaciones sobre temas de VIH en hogares, escuelas secundarias, clases de inglés como segunda lengua (ESL).
- ▶ Los adolescentes animan a sus compañeras y compañeros a hablar sobre VIH y ETSs y facilitan que la educadora de salud se ponga en contacto con las mujeres adultas de las familias, abren las puertas a una comunicación abierta y presentan a la educadora como una persona “segura.”

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ Una educadora de salud de la comunidad diana con conocimientos sobre VIH
- ▶ Voluntarias para iniciativas de alcance comunitario: adolescentes y mujeres casadas de la comunidad

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶ El personal y los voluntarios y voluntarias deben hablar español.
- ▶ El personal necesita formación continua en VIH, ETSs y otros temas socio-culturales relacionados con la salud (tatuajes, diferentes tipos de drogas, formas de usar drogas, etc.)
- ▶ El personal y los voluntarios deben saber escuchar y respetar las opiniones y sistemas de creencias de cualquier persona.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

Alcance comunitario: Puede realizarse en diferentes ámbitos dentro de la comunidad.

Asesoramiento (Counseling): Depende del lugar que escoja la usuaria, debería ser un sitio que permita una conversación íntima. Si la reunión se celebra en la agencia, se hará en una oficina privada o en una sala de reunión.

“Al trabajar con mujeres latinas sobre reducción de riesgos, estamos hablando de cambiar comportamientos que se han mantenido desde que Cristóbal Colón llegó a América.”

— TRABAJADORA DE ALCANCE COMUNITARIO, SANTA FE, NUEVO MÉXICO

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

Alcance comunitario: 3 días a la semana (alcanzando a 50 personas)

Asesoramiento (Counseling): de 1 a 6 meses para una sola usuaria — de 12 a 14 sesiones individuales

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Servicios de traducción de un miembro de la comunidad: de español o un idioma nativo americano concreto a inglés, dependiendo de las necesidades de la usuaria.

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Competencia cultural, respeto, confianza, comunicación abierta, capacidad de escucha.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

Las usuarias recogen información que las ayuda a decidirse a actuar.

DEBILIDADES

- ▶ Recursos insuficientes; no se llega a todos los miembros de la comunidad que necesitan servicios.
- ▶ Cuando la agencia tiene que derivar a una usuaria a otras agencias, se saca a la usuaria de una relación ya establecida en la que confía y se la introduce en una nueva relación que puede no ser cultural y lingüísticamente “segura” para ella.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶ Los tabúes sociales con orígenes en valores culturales, personales y religiosos y la educación familiar dificultan la conversación abierta y franca sobre el VIH y las actividades sexuales.
- ▶ A veces, la usuaria no puede entender la información en el contexto de su propia realidad porque la versión española de los términos que usa la educadora son simplemente un “calco semántico” de la versión inglesa y no tienen sentido dentro del contexto diferente de su cultura latina.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ No poder llegar a otras personas debido a restricciones culturales y legales, como por ejemplo, el hecho de que las educadoras de salud no puedan llegar a las niñas y niños porque las escuelas no lo permiten.
- ▶ Hay varias comunidades de habla hispana autónomas dentro del área que tienen distintas características socio-económicas y que exigen iniciativas de alcance comunitario y de intervención en salud adecuadas: inmigrantes mexicanos, inmigrantes cubanos, comunidades latinas ya establecidas desde hace tiempo y latinos nativos. Hay muy pocos recursos para llevar a cabo iniciativas de alcance comunitario en todas estas comunidades hispanas/ latinas.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Recursos financieros insuficientes.
- ▶ Barreras de idioma y servicios de traducción inadecuados en las agencias y clínicas de cuidados de salud.
- ▶ Falta de competencia cultural en otras agencias y clínicas de cuidados de salud (el 40% de la comunidad es hispana/ latina)
- ▶ Obstáculos políticos, religiosos e ideológicos al uso de condones dentro de la comunidad y en ciertas instituciones.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

En la mayoría de los casos, el apoyo de mujer a mujer conduce a conversaciones educativas sobre la transmisión e infección del VIH, la prueba del VIH y a decisiones sobre cuidados médicos específicos para las mujeres y sus familias.

BENEFICIOS INESPERADOS

Las educadoras de salud se acercan más a la comunidad en general.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ La confianza que se crea entre la usuaria y la educadora de salud y el respeto de la educadora de salud por las necesidades, temores, creencias y vida de la mujer.
- ▶ El desarrollo de la relación individual entre la usuaria y la educadora de salud crea un espacio en el que la mujer puede empezar a pensar en la posibilidad de hacerse la prueba y recibir los cuidados médicos que ella crea apropiados.

EVALUACIÓN

- ▶ Se completa la evaluación con el uso de encuestas en la comunidad.
- ▶ Se realizan evaluaciones cuantitativas con la población a la que se llega a través de actividades de alcance comunitario.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Es muy importante no olvidar que se trata de una interacción de un ser humano con otro ser humano.
- ▶ No traten a las personas como “otro trabajo más que hay que hacer.”
- ▶ Trabajen con la cabeza, la mente y el corazón.

ASESORÍA FINANCIERA es una intervención a nivel individual que trata de ayudar a una persona que vive con el VIH a cumplir con sus obligaciones financieras mientras se encuentra recibiendo servicios y cuidados médicos VIH. Las características principales de la asesoría financiera son: la dedicación a jornada completa del profesional de la agencia para ayudar a los usuarios a orientarse dentro del sistema de financiación de cuidados médicos; el compromiso del personal clínico para asegurarse de que la persona VIH+ no se encuentre asfixiada por las facturas médicas y no abandone los cuidados; y el compromiso del usuario o usuaria a colaborar con el personal para coordinar la cobertura de sus gastos médicos.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Centro médico universitario. Clínica de virología.
Programa de servicios sociales.*

- Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- ✓ Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

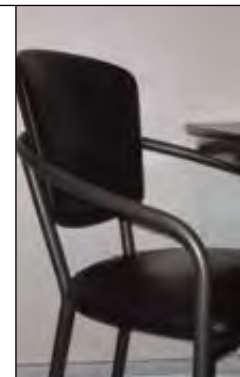
- ▶ Mantener a los usuarios en contacto con los cuidados aliviando la ansiedad que los usuarios pueden sufrir al tratar de pagarse sus cuidados médicos y tratamientos VIH.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Hombres y mujeres que viven con el VIH o diagnosticados con SIDA blancos, afro-americanos, hispanos/latinos, asiáticos o nativos de las islas del Pacífico, nativos de Alaska, nativos americanos, nativos africanos que no tienen seguro médico o cobertura médica.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El asesor financiero es un miembro del equipo de servicios sociales que trabaja a jornada completa con la única responsabilidad de coordinar y facilitar el pago de los servicios médicos proporcionados por el equipo clínico de virología.



NOTAS RÁPIDAS:

“Los fondos de ayuda federal se han vuelto tan específicos que resulta muy difícil atender a las necesidades reales de las personas con las que trabajamos.”

—MANEJADOR DE CASOS, SEATTLE, WASHINGTON

- ▶▶ Cuando un nuevo usuario o usuaria llega a la clínica de virología para una visita médica, un miembro del equipo clínico los deriva al asesor o asesora financieros que entonces realizan una evaluación financiera inicial. Esta evaluación incluye una revisión exhaustiva de sus ingresos y fuente(s) de ingresos, seguros (incluyendo un estudio de lo que cubren y lo que queda bajo la responsabilidad del usuario o usuaria), su disposición a continuar con las citas y visitas médicas y su disposición para rellenar y entregar solicitudes de ayuda financiera.
- ▶▶ Tras la evaluación financiera inicial, si es necesario, el asesor o asesora financiera informa al usuario o usuaria sobre los programas de ayudas para seguros sociales y los requisitos exigidos.
- ▶▶ El asesor o asesora financiero ayuda a los usuarios discapacitados a solicitar prestaciones sociales de una de las siguientes fuentes: Ingresos de seguridad suplementarios [Supplemental Security Income (SSI)], Seguro para discapacitados de la seguridad social [Social Security Disability Insurance (SSDI)], Prestaciones sociales para veteranos de guerra [Veterans Benefits (VA)], Ayuda general para personas no empleables [General Assistance for Unemployable (GA-U)], Ayudas temporales para familias con necesidades [Temporary Assistance for Needy Families (TANF)], Ingresos para personas en tratamiento por drogas o alcoholismo [Income while in drug/ alcohol treatment (ADATSA)] o programas de seguros privados por discapacidad a través del empleo.
- ▶▶ Se puede informar a los usuarios sobre prestaciones médicas y odontológicas a través de programas de Medicaid y Medicare relacionados con discapacidades, cobertura médica para veteranos de guerra, planes de salud básicos financiados privadamente y pólizas de seguro combinadas de alto riesgo.
- ▶▶ Se proporciona ayuda adicional a los usuarios explicándoles los programas antes citados y sus requisitos de solicitud, derivando a los usuarios a las agencias apropiadas, facilitándoles impresos de solicitud y ayudándoles a cumplimentarlas y presentarlas, ayudándoles a recoger información poniéndose en contacto con las agencias relevantes para determinar el progreso de una solicitud, reuniéndose con los usuarios para revisar e interpretar correspondencia recibida de las agencias relevantes, ayudándoles a apelar en caso de que la prestación sea denegada, derivando a asesoría legal para apelaciones, abogando ante las agencias enviando información adicional y trabajando con los proveedores de servicios para que redacten informes que puedan servir de documentación de apoyo.
- ▶▶ El asesor o asesora financieros pide a los usuarios que traigan consigo a la oficina sus facturas médicas e impresos de seguros para asegurar la correcta facturación y pago del hospital antes de buscar recursos adicionales o pagos de organizaciones de beneficencia. A veces, los usuarios de la clínica de virología reciben facturas incorrectas, no tienen cobertura de seguros o están solo parcialmente cubiertos o no pueden permitirse pagar las facturas.
- ▶▶ El asesor o asesora financieros ayuda a los usuarios explicándoles las prestaciones de un plan de seguros, explicándoles como funcionan los programas de seguros y lo que cubren, buscando otras opciones de organizar los pagos o de conseguir ayuda de organizaciones de beneficencia y ayudan a los usuarios a colaborar con los hospitales u otros proveedores de servicios para asegurar que se facture correctamente a terceras partes.
- ▶▶ El asesor o asesora financieros también ayuda a los usuarios a buscar y solicitar ayuda financiera de urgencia a través de programas como ayudas de urgencia locales de organizaciones de servicios VIH, iglesias y agencias de servicios sociales. Estas ayudas se pueden usar para pagar el alquiler de la vivienda, facturas de electricidad, agua y gas, etc..
- ▶▶ El asesor o asesora financieros también puede ayudar a los usuarios con los pagos de agua, gas y electricidad informándoles sobre los programas de ayudas para agua, gas y electricidad y cómo solicitarlos.
- ▶▶ El asesor o asesora financiero ayuda a los usuarios inmigrantes informándoles sobre el modo en que su status como inmigrantes les afecta a la hora de solicitar y obtener ayudas de diversos programas.
- ▶▶ El asesor o asesora financiero también puede familiarizar al personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos y de la Administración de la Seguridad Social con temas de requisitos de programas relacionados con inmigrantes si los miembros del personal no están familiarizados con estos temas.
- ▶▶ El asesor o asesora financieros re-evalúa y ayuda a los usuarios de manera continuada mientras sigan siendo pacientes de la clínica.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

No hay promoción de esta actividad. El servicio de asesoría financiera se ofrece como parte del programa de manejo de casos que se ofrece a todos los usuarios cuando lo necesitan.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ Tres trabajadores sociales a jornada completa
- ▶▶ Supervisor de trabajo social

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ Conocimiento de los requisitos de los programas, de programas específicos VIH y del proceso de manejo de casos
- ▶▶ Profesionales dedicados que crean en el valor de su trabajo

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Oficina de servicios a usuarios
- ▶▶ El asesor o asesora financieros visita a los usuarios en el hospital, en las residencias de cuidados o en sus casas particulares.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

El servicio está disponible para todos los usuarios durante tanto tiempo como lo precise su situación.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Servicios de traducción para personas que no hablan inglés

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

El usuario o usuaria ha de estar dispuestos a poner todo de su parte para cumplimentar el papeleo y presentar las solicitudes.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ La actividad ayuda a reducir la ansiedad creada por las dificultades para pagar los cuidados médicos.
- ▶▶ Los conocimientos, la dedicación y el compromiso del asesor o asesora financieros.

DEBILIDADES

El papeleo y trámites por los que algunas personas tienen que pasar para conseguir cuidados médicos VIH; el proceso burocrático lleva tiempo y causa stress a los usuarios.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶▶ Muchos usuarios temen verse desamparados por un programa concreto por razones económicas o por reducciones de presupuesto que a su vez reducen las posibilidades de concesión de ayudas.
- ▶▶ Para algunos usuarios, gestionar sus obligaciones financieras y sus regímenes de tratamiento a la vez es muy difícil y podría hacerles perderse citas y perder oportunidades de ayuda financiera.

“Si un paciente o una paciente sabe que tiene cobertura médica, entonces no tienen que elegir entre necesidades médicas o comida y vivienda.”

—TRABAJADOR SOCIAL, SEATTLE, WASHINGTON

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶ Muchos usuarios no están dispuestos a tomar parte en la gestión de su papeleo financiero.
- ▶ El seguimiento de los pacientes puede llegar a ser extremadamente laborioso. A veces el personal se siente exasperado y frustrado.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Muchas veces algunas personas no concluyen el proceso de solicitud debido a la complejidad de los sistemas de seguros de Medicaid y de SIDA.
- ▶ El asesor o asesora financieros debe asegurarse de que el departamento de contabilidad está haciendo lo que tiene que hacer.
- ▶ La actividad de asesoría financiera no se anuncia más que cuando se ofrece a los usuarios como parte del manejo de casos. Si más personas conocieran la existencia de este tipo de ayudas, probablemente más personas estarían recibiendo cuidados médicos.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ La evaluación de resultados anual muestra que el componente de asesoría financiera logra facilitar el acceso a los cuidados a un mayor número de personas.
- ▶ Aproximadamente el 75% de la población total de usuarios usa el servicio de asesoría financiera.
- ▶ Algunos usuarios con dependencias de drogas, alcohol u otras sustancias o con enfermedades mentales tienen grandes dificultades para realizar el papeleo. El personal de asesoría financiera trabaja con diligencia para asegurar que estos usuarios presentan sus solicitudes de ayuda. El resultado es en general positivo: los pacientes reciben los cuidados médicos y las recetas necesarias y la ansiedad creada por sus dificultades para pagar se ve en gran parte aliviada.

BENEFICIOS INESPERADOS

Para los miembros del personal del equipo de manejo de casos, el trabajo está más despejado; pueden dedicar más tiempo a concentrarse en el caso de un paciente concreto.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶ El paciente empieza a comprender que realmente tiene derecho a cobertura médica; lo que significa que sabe que va a recibir cuidados médicos adecuados y los costosos medicamentos necesarios para esos cuidados.
- ▶ El hecho de recibir cobertura médica libera al paciente de tener que dar prioridad a necesidades de supervivencia tales como tener que elegir entre comida, vivienda o cuidados médicos. Además propicia una mayor implicación del paciente al participar en objetivos de resultados clínicos.

EVALUACIÓN

La Clínica de Virología participa en una evaluación de resultados centrada en la reducción de riesgos y en la adherencia de los pacientes a los planes médicos.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Las organizaciones que no sean de tipo médico pueden ofrecer asesoría financiera a sus usuarios y es útil estar familiarizado con programas de ayuda de seguros de salud, médicos y financieros.
- ▶ Anotar las fechas tope de admisión para solicitudes de renovación en las fichas de los pacientes les ayuda a preparar su papeleo con antelación.

CLÍNICOS EN LA COMUNIDAD es una intervención a nivel comunitario que desarrolla la capacidad de los profesionales clínicos para acercarse a la comunidad como educadores de salud especialistas en VIH. Las características principales de la actividad de los clínicos en la comunidad son: el uso de especialistas en VIH como educadores de la comunidad; la desmitificación del papel del profesional clínico; el desarrollo de asociaciones comunitarias con el personal clínico especialista en VIH; y la colaboración con organizaciones e instituciones para organizar una respuesta de la comunidad al VIH.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Hospital de la comunidad. Clínica VIH.

- ✓ Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- ✓ Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- ✓ Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Lograr la visibilidad de los profesionales clínicos en la comunidad general.
- ▶ Crear una presencia positiva de los profesionales clínicos dentro de la comunidad general.
- ▶ Aumentar la sensación de comodidad de los pacientes y pacientes potenciales con los médicos especialistas en VIH.
- ▶ Desmitificar la figura del médico o profesional clínico y ayudar a humanizar el entorno clínico institucional.
- ▶ Ayudar a educar a los miembros VIH+ de una comunidad acerca del tratamiento del VIH.
- ▶ Capacitar a los profesionales clínicos a participar de forma integral en la salud de una comunidad.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Usuarios VIH+ de organizaciones de servicios VIH
- ▶ Pacientes VIH+ en cuidados clínicos y personas VIH+ que no están recibiendo cuidados
- ▶ Profesionales de salud
- ▶ El público en general

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Clínicos en la comunidad trata de acercar especialistas clínicos en VIH a la comunidad a la que sirven como educadores VIH y como profesionales de cuidados de salud accesibles con interés en la salud general de la comunidad.



NOTAS RÁPIDAS:

“No llevar una bata blanca nos hace más accesibles y nos permite establecer una confianza y familiaridad que lleva a que los pacientes reciban cuidados a largo plazo.”

— MÉDICO ESPECIALISTA EN VIH, TUCSON, ARIZONA

Un profesional clínico debería poder verse a sí misma o a sí mismo como parte del sistema de salud de la comunidad y estar disponible para atender las distintas necesidades de la comunidad. Es importante que los miembros de la comunidad sientan que el profesional clínico disfruta sintiéndose parte de la comunidad y crean en su papel como persona interesada en las verdaderas necesidades de salud de las personas. La actividad de los clínicos en la comunidad parte de estos supuestos básicos.

Evaluación y localización de iniciativas de alcance comunitario o aproximación de recursos:

- ▶▶ Antes de que el equipo clínico empiece a realizar iniciativas de alcance comunitario con sus presentaciones educativas, los profesionales clínicos han de tener claro que el modelo de la relación paciente-clínico impregnará sus intervenciones e interacciones con la comunidad en general. El marco filosófico para una aproximación eficaz a la comunidad VIH+ es el modelo que logra “capacitar” al usuario o usuaria, lo que implica tratar y respetar a todos los usuarios como personas, escuchando sus necesidades y respondiendo con flexibilidad y honestidad.
- ▶▶ Identifiquen y hablen, con todo el personal de la clínica VIH, acerca de las razones principales por las que las personas VIH+ que conocen su status no están recibiendo cuidados.
- ▶▶ Identifiquen la incidencia geográfica del VIH en la comunidad por evaluación de código postal.
- ▶▶ Identifiquen con el personal las diferentes entidades y agencias que podrían ser objetivos donde llevar a cabo iniciativas educativas VIH. Identifiquen lugares donde las iniciativas de alcance de los profesionales clínicos puedan hacerlos más “visibles.”
- ▶▶ Pónganse en contacto con organizaciones que trabajen en el campo del VIH, como clínicas de rehabilitación, agencias de salud mental, agencias para personas sin hogar, grupos de mujeres e iglesias. Ofrezcan al personal como recurso para la educación sobre el VIH, como equipo de formación de desarrollo para su personal, como conferenciantes en celebraciones comunitarias, para iniciativas de prevención, educación sobre nutrición y VIH, tratamiento antirretroviral, como participantes en mesas redondas, participantes en eventos de vuelta a la escuela, etc.
- ▶▶ Familiarícese bien con los recursos de salud del área geográfica a la que pertenece la comunidad.
- ▶▶ Pónganse en contacto con los diferentes medios de comunicación (estación local de radio, televisión local, periódicos locales y periódicos y circulares de distribución gratuita) ofreciéndoles a miembros del personal como recursos de información y educación en VIH.
- ▶▶ Acompañen al manejador de casos a reuniones de servicio con usuarios para informar a los participantes sobre los servicios clínicos VIH del hospital.
- ▶▶ Acepten invitaciones para hablar ante diferentes grupos de la comunidad.

Sugerencias para profesionales clínicos que implementen iniciativas de alcance comunitario:

- ▶▶ Cuando estén en un lugar de reunión concreto de la comunidad (como, por ejemplo, una organización de servicios VIH) hagan una presentación sobre la gestión clínica del VIH pensada para las personas de la audiencia. Si las personas VIH+ escuchan una explicación que no trata de “vender” el tratamiento, una comunicación franca acerca de las dificultades del tratamiento antirretroviral o una explicación de las distintas opciones que el hospital ofrece, podrían ponerse en contacto con los cuidados o restablecer una conexión interrumpida con los cuidados médicos VIH.
- ▶▶ Ofrezcan sesiones educativas de introducción al VIH a diferentes personas y agencias de la comunidad. No supongan que la gente entiende los conceptos básicos del VIH. Traten de usar términos que todos puedan entender en todas las presentaciones. No usen un lenguaje demasiado técnico.
- ▶▶ Escuchen lo que dicen otras personas de la comunidad. Escuchen las preguntas con atención y traten de entender sus temores.
- ▶▶ Traten de hacer entender que la filosofía de la gestión clínica del VIH es una decisión personal que depende de las necesidades concretas y circunstancias de cada persona.
- ▶▶ Pidan opiniones a los asistentes tras las actividades de alcance comunitario. Den a entender que desean aprender de la comunidad además de educar.
- ▶▶ Dense tiempo para cambiar impresiones con la gente tras las presentaciones, hagan saber que son algo más que profesionales clínicos con bata blanca.

“Es el modelo del capacitador frente al modelo del dictador; han de tratar a los usuarios como personas.”

— DIRECTOR DEL PROGRAMA MÉDICO, TUCSON, ARIZONA

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Los eventos de alcance comunitario se promocionan a través de calendarios de la comunidad, circulares, envío de cartas por correo, de boca a boca, reuniones entre agencias, folletos, reuniones de consorcios de título II, etc.
- ▶ El educador de salud del hospital o programa puede hacer una promoción activa en sus relaciones públicas con otros proveedores de servicios.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ Un miembro del personal de cada disciplina del equipo clínico VIH que esté dispuesto a hablar en público: educador de salud, farmacéutico, dietista, coordinador de servicios sociales, médico especialista en VIH, profesional de servicios de salud mental, psicólogo.
- ▶ Coordinador del equipo.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶ El personal debe ser capaz de transmitir su sensibilidad cultural y poder servirse de diferentes formas de comunicarse con eficacia con diferentes poblaciones.
- ▶ El personal debe sentirse cómodo al estar en público “sin bata blanca”.
- ▶ El personal ha de sentirse cómodo hablando del VIH fuera del ámbito de la clínica.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Fuera del hospital.
- ▶ Centros comunitarios, organizaciones de servicios de salud, agencias específicas de la población, iglesias, escuelas públicas y privadas, almuerzos y cenas comunitarias y eventos culturales y comunitarios.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

Un miembro del equipo realiza una actividad de alcance comunitario una vez por semana. Una vez al mes, todo el equipo al completo acude a un evento de alcance comunitario.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Servicios de traducción de inglés a español

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Es necesario que el administrador del hospital preste su apoyo a las iniciativas de alcance comunitario.
- ▶ La ciudad/ comunidad tiene que querer este tipo de actividades.
- ▶ El personal de la actividad tiene que querer trabajar en el campo del VIH y tienen que preocuparse por las personas que viven con el VIH.
- ▶ El personal de la actividad tiene que estar dispuesto a hacer su trabajo fuera del hospital y estar dispuesto a trabajar fuera de su horario de trabajo.
- ▶ El personal ha de estar dispuesto a aprender.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- » La diversidad de personalidades que componen el personal multidisciplinario de un hospital.
- » Los profesionales clínicos se ven a sí mismos como parte de la comunidad, como parte de la salud de la comunidad.
- » El personal muestra una actitud flexible.
- » El personal está disponible para los usuarios en todo momento.
- » Los profesionales clínicos se apoyan y aprenden unos de otros.
- » El personal aprende a apreciar las poblaciones con las que trabaja.
- » Se desmitifica la “figura del médico” y se hace más humana.

DEBILIDADES

- » El personal se puede hacer demasiado disponible para los usuarios y empezar a perder su sentido de los límites.
- » Llevar a cabo iniciativas de alcance comunitario no supone ningún ingreso para el hospital. Puede ser difícil justificar el uso de los recursos humanos del hospital.
- » Es difícil llegar a ciertas poblaciones: la gente joven y sobre todo las mujeres jóvenes son de las más difíciles de alcanzar.
- » A veces, los usuarios necesitan demasiado de los profesionales clínicos y hacen demasiadas demandas.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- » El profesional clínico debe mantener la naturaleza confidencial de la relación usuario/ profesional clínico cuando se encuentra con un paciente en un evento público.
- » El usuario puede necesitar tener una conversación íntima con un profesional clínico en un evento público, lo que generalmente no es posible.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- » Los eventos fuera del hospital pueden consumir mucho tiempo.
- » Cada miembro del personal realiza muchas funciones distintas. Es importante ser capaz de cambiar de papel en diferentes ambientes. Si el programa tiene fuentes de financiación diferentes, puede resultar confuso a veces.
- » A veces, los usuarios necesitan demasiado del personal.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- » Hacer entender a la administración del hospital cuáles son las necesidades para garantizar el apoyo financiero e institucional
- » Fondos insuficientes
- » Tiempo limitado
- » Competencia entre agencias
- » Pueden surgir problemas si los miembros de una comunidad particular no son receptivos a la educación en VIH y/ o son hostiles a las personas VIH+.

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶▶ Las personas se ponen en contacto con los cuidados porque quieren; esto está directamente relacionado con la visibilidad del personal en la comunidad y la filosofía que el personal adopta, como el respeto hacia la persona, una actitud profesional flexible, modelos de cuidados no rígidos y su disponibilidad hacia el paciente.
- ▶▶ Tras las presentaciones, normalmente la gente se queda a hacer preguntas y conversar con el personal.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶▶ El contacto con la comunidad ayuda a los profesionales clínicos a sentirse arraigados.
- ▶▶ Los profesionales clínicos disfrutan con las presentaciones.
- ▶▶ Los profesionales clínicos reciben comentarios de los pacientes que pueden hacer cambiar su perspectiva.
- ▶▶ El personal se siente reforzado y gratificado por los pacientes de la comunidad.
- ▶▶ Los eventos de alcance comunitario dan credibilidad a los profesionales clínicos ante sus colegas y otros profesionales.
- ▶▶ Los profesionales clínicos aprenden de la comunidad cómo mejorar su forma de trabajo.

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

- ▶▶ Los profesionales clínicos se hacen más accesibles a los pacientes y a la comunidad en general, ya que no llevan puestas sus “batas blancas”.
- ▶▶ Las iniciativas de alcance comunitario propician la confianza y la familiaridad entre la población VIH+ que lleva facilitar los cuidados a largo plazo. Los usuarios se sienten más seguros sobre la posibilidad acudir a los servicios médicos y recibir cuidados.
- ▶▶ Conectar con los cuidados es una decisión personal y responsable del paciente. Si los pacientes se sienten seguros, respetados y tratados como personas, estarán más dispuestos a buscar cuidados y, una vez los estén recibiendo, se sentirán libres para continuar recibéndolos.

EVALUACIÓN

- ▶▶ Las encuestas de satisfacción de pacientes ayudan a entender las barreras percibidas por la comunidad.
- ▶▶ A través de la identificación de nuevos pacientes que se han valido de las actividades de alcance comunitario para tomar una decisión sobre sus necesidades de cuidados de salud y así lo comunican verbalmente al personal al registrarse en el hospital.
- ▶▶ A través de la identificación de usuarios sin visita concertada que se han decidido acudir a la agencia tras asistir a una actividad de alcance comunitario.

A TENER EN CUENTA...

- ▶▶ Aprendan de los errores y no tengan miedo.
- ▶▶ Pidan el apoyo de alguna empresa farmacéutica para que proporcione la comida y bebida en alguno de los eventos.
- ▶▶ Con poblaciones latinas, tener reuniones íntimas con entre 10 y 15 personas parece funcionar mejor.
- ▶▶ Escuchen a los usuarios y permanezcan abiertos a las lecciones que pudieran darles.

ATENCIÓN TELEFÓNICA PARA VIVIENDA TRANSITORIA, “VÍNCULO CON LOS CUIDADOS,” es una intervención telefónica a nivel individual que proporciona información y apoyo a personas que viven con el VIH y se encuentran con necesidad de vivienda. Las características principales de la atención telefónica para vivienda transitoria, “vínculo con los cuidados,” son: el poner en contacto a personas VIH+ con manejadores de casos mientras se encuentran en lista de espera para una vivienda; la simplificación de los pasos necesarios para que los usuarios y usuarias VIH+ reciban cuidados de calidad; y el desarrollo de una estrecha colaboración entre las agencias de vivienda y los servicios de salud de la comunidad.

AGENCIA QUE REALIZA
LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
Organización de servicios de vivienda transitoria

Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos

- ✓ **Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico**
- ✓ **Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar**

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Proporcionar servicios de ayuda para vivienda a personas que viven con el VIH.
- ▶ Poner en contacto a cada usuario o usuaria con un manejador de casos, cuando se encuentran en la lista de espera para servicios de vivienda transitoria.
- ▶ Facilitar al usuario o usuaria una relación estable con el sistema de cuidados médicos para que puedan recibir los cuidados médicos necesarios para sus necesidades concretas de salud.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Adultos de 18 a 70 años, mujeres y niños VIH+, usuarios y usuarias de drogas por vía parenteral, personas sin hogar, hombres y mujeres solteros, pequeñas familias, personas que han estado encarceladas y personas recién salidas de prisión

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La atención telefónica para vivienda transitoria es una parte clave de los servicios troncales proporcionados por el programa de vivienda transitoria. Es un servicio telefónico que proporciona a las personas que viven con el VIH información actualizada y ayuda en respuesta a sus necesidades de salud y vivienda.

La actividad se realiza por teléfono, en una conversación, durante una llamada telefónica a un número gratuito que el usuario o la usuaria hace a la organización de servicios de vivienda transitoria. Si la persona que atiende la llamada la identifica como una llamada urgente que demanda una intervención con servicios ayuda para vivienda transitoria y con servicios de salud, transfiere la llamada inmediatamente a un miembro del personal que pueda ofrecer asesoramiento o consejo (counseling) a la persona que llama.



NOTAS RÁPIDAS:

“La parte difícil es dejar a un lado las emociones personales — no ser capaz de mantener separadas la vida profesional y la personal.”

— CONSEJERA, WEST PALM BEACH, FLORIDA

- ▶▶ El asesor o miembro del personal que atiende la llamada determinará:
 - si la persona es VIH+
 - cuántas personas necesitan el servicio
 - si se trata de una familia
 - si la persona está recibiendo cuidados médicos para su infección por VIH
 - si el usuario o usuaria tiene o ha tenido un manejador de casos anteriormente
 - otros datos personales necesarios para su registro en los servicios de vivienda
- ▶▶ Se pone al usuario o usuaria en lista de espera para vivienda transitoria

Durante la llamada telefónica se dan los siguientes pasos para ayudar al usuario o usuaria a ponerse en contacto con un manejador de casos o para restablecer su anterior relación con un manejador de casos para o bien comenzar a recibir cuidados médicos VIH o bien reconectar al usuario o usuaria con cuidados médicos VIH.

- ▶▶ El miembro del personal explica en que consiste el manejo de casos, si el usuario o usuaria no ha tenido una relación previa con un manejador de casos o si el usuario o usuaria ha tenido una relación precaria anteriormente con un manejador de casos o si el usuario o usuaria tiene preguntas generales.
- ▶▶ El miembro del personal se ofrece para ponerse en contacto con un manejador de casos o con el manejador de casos anterior, si el usuario o usuaria se muestran interesados en restablecer una relación con un manejador de casos.
- ▶▶ El miembro del personal da al usuario o usuaria un número de teléfono para que así puedan comenzar el manejo de su caso por sí mismos.
- ▶▶ Se acuerda una llamada de seguimiento entre el usuario o usuaria y el miembro del personal para mantener el contacto, conocer el status del contacto con el manejador de casos y comprobar que el usuario o usuaria sientan que reciben el apoyo necesario mientras siguen en lista de espera para servicios de vivienda transitoria.
- ▶▶ Se realiza lo acordado. O bien el miembro del personal se pone en contacto con el manejador de casos anterior — que entonces puede restablecer contacto con el usuario o usuaria — o con un manejador de casos nuevo o bien espera la llamada de seguimiento del usuario o usuaria para preguntar sobre la situación del manejo de casos.

Si el usuario o usuaria llama desde una institución penal, probablemente no esté en contacto con un manejador de casos. Entonces el miembro del personal comienza el proceso de establecer un primer contacto con un manejador de casos especializado en cuidados médicos VIH.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Los servicios de vivienda y el número telefónico gratuito se promocionan a través de:

- ▶▶ El departamento de educación del hospital de veteranos de guerra
- ▶▶ El “libro rojo” de servicios de la ciudad
- ▶▶ El directorio de servicios VIH/ SIDA del Consejo de Cuidados del Condado
- ▶▶ Derivaciones de agencias de manejo de casos
- ▶▶ Hospitales
- ▶▶ Organismos de vivienda
- ▶▶ Puntos de información en ferias de salud

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶▶ Técnico en vivienda
- ▶▶ Consejero de vivienda
- ▶▶ Especialista en vivienda

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

- ▶▶ El personal debe tener formación en asesoría (counseling)
- ▶▶ Se debe tener un conocimiento sólido de la red de servicios de salud de la comunidad.
- ▶▶ Es necesaria la formación continua del personal sobre la infección del VIH
- ▶▶ Es necesario que el personal comprenda y se sienta cómodo trabajando con la población diana de usuarios.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

La actividad se realiza por teléfono en una oficina o sala privada de la agencia.

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

El personal atiende 20 llamadas diarias

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

Ninguno

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶▶ La infraestructura necesaria para desarrollar e implementar el programa y actividad en la agencia.
- ▶▶ Personal que entiende tendencias en vivienda y servicios sociales.
- ▶▶ La colaboración con las agencias de la comunidad que proporcionan cuidados médicos VIH para poder poner en contacto a los usuarios con los manejadores de casos adecuados.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶▶ El usuario o usuaria que hace la primera llamada recibe servicio inmediato.
- ▶▶ La persona que atiende su llamada sabe escuchar al usuario o usuaria.
- ▶▶ El personal está dispuesto a aceptar a la gente tal como es.
- ▶▶ El personal se muestra capaz de continuar proporcionando servicios de calidad a pesar de las dificultades.

DEBILIDADES

- ▶▶ A veces, es difícil separar las emociones personales en la relación con los usuarios que muchas veces atraviesan situaciones realmente graves, peligrosas o críticas.
- ▶▶ La naturaleza contradictoria de tener que poner en una larga lista de espera a personas que necesitan vivienda urgentemente.

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

- ▶▶ El hecho de ser puestos en una lista de espera cuando existe una necesidad urgente.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

- ▶▶ No ser capaces de proporcionar servicios de vivienda u otros servicios de cuidados médicos inmediatamente cuando los usuarios plantean su necesidad.

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Los inmigrantes ilegales no pueden ponerse en lista de espera para vivienda transitoria.

USUARIOS NO APROPIADOS

- ▶ Usuarios de drogas en activo
- ▶ Personas que tienen graves problemas de salud mental
- ▶ Personas con graves dependencias que no pueden valerse por sí mismas

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

- ▶ En el momento que llaman por primera vez, el 45% de las personas con necesidades servicios de vivienda transitoria que se ponen en lista de espera no están recibiendo cuidados médicos para su infección por el VIH. El plan de acción que las pone en contacto con un manejador de casos para ayudarlas a conectar con los servicios médicos incrementa en gran medida este porcentaje.
- ▶ La mayoría de los usuarios llaman de nuevo al servicio para informar de la situación en que se encuentra el manejo de su caso.
- ▶ El setenta por cien de los usuarios establecen una relación estable y continuada con un manejador de casos.
- ▶ El sistema de derivación funciona. Se pone en contacto con un manejador de casos a todo usuario o usuaria que expresa su necesidad de tener un manejador de casos.
- ▶ Los usuarios, tanto de la lista de espera para vivienda transitoria como de los servicios de vivienda, se mantienen con buena salud durante más tiempo.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ La actividad fomenta el bienestar general del usuario o usuaria porque la coordinación de cuidados cubre tanto necesidades primarias como necesidades de cuidados médicos VIH.

ELEMENTO DE “CONEXIÓN A LOS CUIDADOS” DE LA ACTIVIDAD

El manejo de casos eficaz es la clave para poner en contacto a las personas con los cuidados. Los manejadores de casos cuidan a los usuarios de varias formas: conocen todos los servicios de derivación y pueden simplificar los trámites necesarios para conseguir cuidados de calidad para los usuarios VIH+.

EVALUACIÓN

- ▶ Utilización de encuestas por correo
- ▶ Un sistema de información de manejo de casos *online* proporciona información de seguimiento.

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Es una actividad de “servicio inmediato.”
- ▶ Han de estar dispuestos a aceptar a las personas tal como son.
- ▶ La llamada telefónica inicial y la forma en que se atiende puede cambiar la vida de las personas.

La actividad del **COORDINADOR DE CUIDADOS VIH** es una intervención a nivel individual diseñada para mantener un plan de cuidados coordinado para todas las personas VIH+ que son usuarios del centro médico. Las características principales del coordinador de cuidados VIH son: la capacidad de mantener y coordinar la comunicación entre la persona VIH+ y el equipo de tratamientos clínicos; y el fácil y continuo acceso de la persona VIH+ a los servicios en momentos de crisis y a la ayuda para atender sus necesidades de cuidados médicos relacionados con su infección por el VIH.

AGENCIA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE
*Centro médico para veteranos de guerra.
Clínica de enfermedades infecciosas.*

- ✓ **Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos**
Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

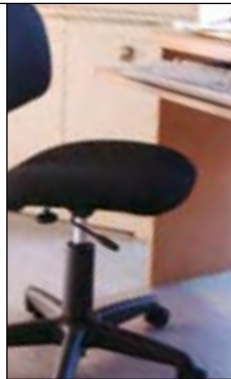
- ▶ Proporcionar y mantener cuidados VIH completos y amplios al paciente VIH+.
- ▶ Coordinar los cuidados médicos para pacientes VIH+ entre las distintas unidades o secciones del hospital y entre las disciplinas del personal profesional.

POBLACIÓN DIANA

- ▶ Veteranos y veteranas de guerra VIH+ que reciben cuidados médicos específicos para su infección por el VIH
- ▶ Veteranos y veteranas de guerra recientemente diagnosticados con infección por el VIH

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El coordinador o coordinadora de cuidados VIH es responsable de la gestión del plan de cuidados médicos básicos y VIH del paciente VIH+, ofreciéndole la posibilidad de recibir los cuidados médicos más completos, más adecuados y mejores dentro del sistema de cuidados del hospital. El coordinador o coordinadora de cuidados VIH también juega un papel importante ante el personal del hospital ayudando a educar sobre la infección del VIH y ayudando a comprender su importante papel en los cuidados médicos globales del paciente. El coordinador o coordinadora de cuidados VIH es la "figura central" para el paciente VIH+.



NOTAS RÁPIDAS:

“La población diana de nuestro servicio también es el resto del personal del hospital. Contar con un personal coordinado tiene su influencia en los cuidados del paciente.”

— ENFERMERO PRACTICANTE, WEST PALM BEACH, FLORIDA

¿Cómo se pone en contacto por primera vez una persona con el coordinador de cuidados VIH?:

- ▶▶ Cada día, el coordinador de cuidados VIH consulta un informe de la base de datos con todos los resultados positivos de pruebas VIH hechas en todos los departamentos del centro médico.
- ▶▶ Cuando aparece un resultado positivo, el coordinador o coordinadora se pone en contacto con el profesional clínico del centro que se encargó de hacer la prueba del VIH.
- ▶▶ El coordinador o coordinadora se pone en contacto con un asesor del departamento respectivo antes de 24 horas para garantizar que el paciente recibe el resultado y después se hace una llamada a la clínica de enfermedades infecciosas para comunicar el resultado.
- ▶▶ Durante la sesión de asesoría tras la prueba, el asesor pide permiso al paciente para concertar una cita ese mismo día con el coordinador o coordinadora de cuidados VIH en la clínica de enfermedades infecciosas. (El coordinador o coordinadora siempre reserva tiempo en su agenda para posibles casos de última hora.)
- ▶▶ Si el paciente acepta concertar la cita, durante los primeros 30 minutos, el coordinador o coordinadora de cuidados VIH recoge los datos necesarios del paciente: historia de actividades de riesgo y previos diagnósticos de VIH, información demográfica, y otros datos médicos relevantes. Todos los datos del paciente se introducen en una base de datos del ordenador de la oficina del coordinador o coordinadora de cuidados VIH.
- ▶▶ A continuación, una enfermera o enfermero practicante especializados en VIH completa el proceso de registro del paciente en el hospital. Este proceso incluye un completo historial de actividad sexual, historial completo de uso de drogas, una prueba de hepatitis A, B y C, una explicación del significado de las pruebas de carga viral y los recuentos de CD4 y una explicación de los conceptos básicos del tratamiento antirretroviral.
- ▶▶ El coordinador o coordinadora de cuidados VIH realiza un análisis sanguíneo y concierta una cita de seguimiento con el paciente al cabo de 3 o 4 semanas del encuentro inicial.
- ▶▶ El paciente recibe una hoja impresa con la fecha de la cita de seguimiento, el número de teléfono del coordinador o coordinadora de cuidados VIH y otros números de teléfono de servicios de apoyo.
- ▶▶ El coordinador o coordinadora de cuidados VIH envía al paciente una carta dos semanas antes de la cita. Además llama al paciente 48 horas antes de la cita para recordársela.
- ▶▶ En el curso de esta cita de seguimiento, el coordinador o coordinadora de cuidados VIH refuerza la información educativa y explica el régimen terapéutico, si es necesario.
- ▶▶ En la segunda cita o cita de seguimiento, la enfermera o enfermero VIH toma los datos de los signos vitales del paciente y pregunta al paciente sobre las observaciones que haya podido hacer acerca de cambios en su salud.
- ▶▶ Después, el paciente habla con el profesional clínico VIH sobre, entre otros temas, la posible necesidad de comenzar un régimen antirretroviral.
- ▶▶ Si el paciente necesita comenzar a tomar medicación antirretroviral, se le pide que vuelva 3 semanas más tarde para otra visita de seguimiento. El coordinador o coordinadora de cuidados VIH concierta las citas del paciente, envía cartas para recordárselas, informa al paciente que está a su disposición para responder a sus preguntas y dudas y se coordina con cualquier otro servicio del hospital que sea necesario de acuerdo con las necesidades de cada paciente concreto.
- ▶▶ El coordinador o coordinadora de cuidados VIH confecciona un informe mensual de pacientes que han faltado a sus citas para que no pierdan el contacto. La clínica tiene un sistema de seguimiento que permite al coordinador o coordinadora de cuidados VIH saber cuando pasan 3 y 6 meses sin ver a un paciente concreto.
- ▶▶ El coordinador o coordinadora de cuidados VIH seguirá responsabilizándose de los cuidados médicos VIH del paciente mientras sigan siendo usuarios del hospital.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ▶▶ Para los pacientes, la actividad se promociona a través de los materiales del departamento de educación del hospital.
- ▶▶ Para los profesionales clínicos del hospital, la promoción de esta actividad se realiza en las sesiones de orientación para nuevos empleados en el momento en que se los contrata o durante una sesión anual de actualización sobre los programas del hospital y sus servicios.

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

- ▶ Coordinador o coordinadora de cuidados VIH (una enfermera o enfermero diplomados)
- ▶ Enfermera o enfermero practicante VIH
- ▶ Trabajador o trabajadora social
- ▶ Manejador o manejadora de casos
- ▶ Profesional clínico

FORMACIÓN Y CUALIFICACIONES

El personal debe tener experiencia en trabajo con el VIH y formación médica especializada en VIH.

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

- ▶ Oficina privada o sala de consulta (no siempre se cierra la puerta ya que algunos veteranos de guerra no pueden soportar estar en espacios cerrados)

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

La frecuencia puede variar de una vez cada 2 semanas a una vez cada 3 meses dependiendo de las necesidades de cuidados médicos del paciente.

CONSULTORES EXTERNOS

Ninguno

SERVICIOS DE APOYO

- ▶ Servicios de transporte
- ▶ Servicios de traducción

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- ▶ Un personal que se preocupa por sus pacientes
- ▶ El coordinador o coordinadora de cuidados VIH tiene que demostrar su compromiso y responsabilidad para ir más allá de lo que aparece escrito en la descripción de su puesto de trabajo.

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

- ▶ Compromiso con el paciente
- ▶ Amabilidad con el paciente
- ▶ Cuidados médicos continuos y no fragmentados
- ▶ Buenas relaciones entre el personal (La oficina se cierra de 12:00 a 1:00 de la tarde para que todos los miembros del personal puedan almorzar juntos.)

DEBILIDADES

Inexistencia de grupos de apoyo para los pacientes

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

A veces, hay una incapacidad por parte del paciente para seguir adelante con los cuidados médicos debido al impacto emocional que el diagnóstico del VIH ha tenido en su vida.

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

La resistencia del paciente a seguir adelante con sus cuidados médicos

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

Falta de coordinación con la red de salud de la comunidad para conseguir otros servicios relacionados con el VIH

USUARIOS NO APROPIADOS

Ninguno

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

Hay un índice de éxito del 90% de asistencia a las citas concertadas. Antes de que el puesto de coordinador o coordinadora de cuidados VIH fuese creado, solo entre el 65 y el 70% de los pacientes acudían a sus citas concertadas.

BENEFICIOS INESPERADOS

- ▶ La actividad fomenta el bienestar general porque la coordinación del programa de cuidados gestiona tanto los cuidados médicos en general como los específicos del VIH.
- ▶ La actividad incorpora cuidados completos: a los usuarios se les controla la diabetes, la presión sanguínea y otras enfermedades si es necesario.
- ▶ Crea un entorno cálido y agradable tanto para los pacientes como para el personal.

ELEMENTO DE “CONEXIÓN A LOS CUIDADOS” DE LA ACTIVIDAD

Una parte clave de la actividad es la simplificación del número de pasos necesarios para lograr la calidad de los cuidados del paciente VIH+. Hay un énfasis en lograr cuidados médicos no fragmentados.

EVALUACIÓN

- ▶ Reuniones de personal semanales, a veces cada dos semanas
- ▶ Informes de control de calidad
- ▶ Una reunión mensual para tratar los informes mensuales correspondientes

A TENER EN CUENTA...

- ▶ Elaboren el plan de su actividad por escrito.
- ▶ Confeccionen un calendario de las expectativas del curso de los cuidados de cada paciente.
- ▶ Eduquen a los pacientes sobre lo que pueden esperar de la clínica en cuanto a la coordinación de sus cuidados.
- ▶ Traten de crear una atmósfera relajante en la primera visita del paciente, nada de “prisas y agitación;” intenten ofrecerles paz y calma.

NOMBRE DE SU ACTIVIDAD:

AGENCIA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD ACTUALMENTE

- Conecta al usuario o usuaria directamente con los cuidados médicos
- Hace que el usuario o usuaria entable un diálogo sobre el comienzo del cuidado médico
- Acerca la agencia a las personas VIH+ para que el contacto pueda tener lugar

I. DESCRIPCIÓN

OBJETIVOS

POBLACIÓN DIANA

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD



“

”

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

II. LOGÍSTICA

PERSONAL NECESARIO

TRAINING

SKILLS

LUGAR DE LA ACTIVIDAD

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

CONSULTORES EXTERNOS

SERVICIOS DE APOYO

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

III. PUNTOS FUERTES Y DIFICULTADES

PUNTOS FUERTES

DEBILIDADES

DIFICULTADES PARA LOS USUARIOS

DIFICULTADES PARA EL PERSONAL

OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN

IV. RESULTADOS

EVIDENCIA DE ÉXITO

BENEFICIOS INESPERADOS

“CONNECTING TO CARE” ELEMENTS OF ACTIVITY

EVALUACIÓN

ANCHORAGE

Alaska AIDS Assistance Association, Anchorage, AK

Red inter-agencias
1057 W. Fireweed Lane, Suite 102
Anchorage, AK 99503
Telephone: 907-263-2052
<http://www.alaskan aids.org>

Anchorage Neighborhood Health Center, Anchorage, AK

Protocolo de adherencia
217 E. 10th Avenue
Anchorage, AK 99501
Telephone: 907-257-4637
<http://www.anhc.org>

GALLUP/SANTA FE

Navajo AIDS Network, Inc., Gallup, AZ

(la oficina principal en Chinle)
Retiro de apoyo
P.O. Box 1313
Chinle, AZ 86503
Telephone: Chinle 928-674-5676
Telephone: Gallup 505-863-9929
<http://www.navajo aids network.org>

New Mexico Department of Health, Santa Fe, NM

Enfermería de primera intervención
1190 St. Francis Drive
Santa Fe, NM 87501
Telephone: 505-476-3624
<http://www.health.state.nm.us>

People of Color AIDS Foundation, Santa Fe, NM

"Apoyo Mujer a Mujer"
P.O. Box 5720
Santa Fe, NM 87501
Telephone: 505-474-7602
<http://internet.roadrunner.com/~pocafonm/pocafonm.html>

HARTFORD

Connecticut Primary Care Association, Inc., Hartford, CT

Jóvenes y su comunidad
90 Brainard Road
Hartford, CT 06114
Telephone: 860-727-0004
<http://www.ctpca.org>

Hartford Health Department, Hartford, CT

Enlace de primeros cuidados
Burgdorf/Fleet Health Center
131 Coventry Street
Hartford, CT 06112
Telephone: 860-543-8806

NASHVILLE

Metropolitan Interdenominational Church, Nashville, TN

Localización por código postal
2128 11th Avenue North
Nashville, TN 37208
Telephone: 615-321-9791
mic1981@aol.com
<http://www.metropolitanfrc.com/>

Nashville Cares, Nashville, TN

Manejo de casos descentralizado
Línea de información "Heartline"
209 10th Avenue
Nashville, TN 37203
Telephone: 615-259-4866
<http://www.nashvillecares.org/>

Cumberland Heights, Nashville, TN

Plan para la salida post-comunidad
P.O. Box 90727
Nashville, TN 37209
Telephone: 615-352-1757
www.cumberlandheights.org

Metropolitan Public Health Department of Nashville County, Downtown Clinic, Nashville, TN

"Instantánea" de carga viral
526 8th Avenue South
Nashville TN 37311
Telephone: 615-862-7900

PHOENIX/TUCSON

Kino Community Hospital, Tucson, AZ

Clínicos en la comunidad
2800 E. Ajo Way
Tucson, AZ 85713
Telephone: 520-294-4471
<http://www.kinohospital.org/>

Phoenix Indian Medical Center / HIV Center of Excellence, Phoenix, AZ

Grupo de apoyo
4212 North 16th Street
Phoenix, AZ 85016
Telephone: 602-263-1541
<http://www.ihs.gov/medicalPrograms/AIDS/>

SEATTLE

University of Washington Virology Clinic, Seattle, WA

Asesoría financiera
4245 Roosevelt Way NE
Seattle, WA 98105
Telephone: 206-598-4394
http://www.washington.edu/medical/uwmc/uwmc_clinics/virology/

WEST PALM BEACH

Hope House of the Palm Beaches, Inc., West Palm Beach, FL

Atención telefónica para vivienda transitoria "vínculo con los cuidados"
2001 Palm Beach Lakes Boulevard
West Palm Beach, FL 33409
Telephone: 561-697-2600
<http://www.hopehouse-pbc.org>

Veterans Affairs Medical Center, West Palm Beach, FL

Coordinador de cuidados VIH
7305 North Military Trail
West Palm Beach, FL 33410
Telephone: 561-882-8262 ext.8467
<http://www.appc1.va.gov/visn8/WestPalm/facilities/WestPalmBeach.asp>

Esperamos que este libro de trabajo le haya servido de ayuda. Le rogamos que conteste este cuestionario y nos lo envíe a AIDS Action: AIDS ACTION FOUNDATION “Conectando con los cuidados” 1906 Sunderland Place NW Washington, DC 20036. Muchas gracias

1. ¿Le ha sido útil este libro de trabajo para alcanzar sus objetivos programáticos relacionados con el VIH?

- Muy útil
- Bastante útil
- No estoy seguro/ segura
- Poco útil a little helpful
- Inútil

2. ¿De qué forma puede serle útil este libro de trabajo? (marque varias opciones si procede)

- Para replantear las actividades VIH de nuestra agencia/ organización
- Para reestructurar las actividades VIH de nuestra agencia/ organización
- Para recrear o replicar una o más actividades descritas en este libro de trabajo
- Otra (Por favor, explíquela con detalle): _____

3. ¿Le gustaría ver más libros de trabajo como este en el futuro?

- Sí
- Tal vez
- No
- No lo sé

4. ¿Qué otros tipos de “ayuda técnica” (por ejemplo: reuniones, cursos de formación, material bibliográfico, etc.) sobre cómo “conectar con los cuidados le gustaría que formaran parte de futuras fases de este proyecto?

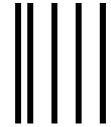
5. Por favor, explique cómo espera usar la información presentada en este libro de trabajo:

TIPO DE ORGANIZACIÓN: _____ SU PUESTO DE TRABAJO: _____

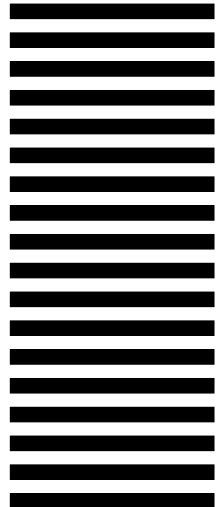
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ SU PROGRAMA: _____

SU NOMBRE (OPCIONAL): _____ SU DIRECCIÓN DE E-MAIL (OPCIONAL): _____

FOLD HERE



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 19359 WASHINGTON, DC

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

AIDS ACTION FOUNDATION

1906 SUNDERLAND PL NW
WASHINGTON DC 20077-5769

IMPORTANT:
CONNECTING TO CARE
SURVEY ENCLOSED!



A todas las personas que participaron en la encuesta telefónica o nos recibieron para este proyecto:

- Alaska AIDS Assistance Association, Anchorage, Alaska
- Alaska Human Services, Anchorage, Alaska
- Alaska Regional Hospital, Anchorage, Alaska
- Alaska Women’s Resource Center, Anchorage, Alaska
- Anchorage Health & Human Services, Anchorage, Alaska
- Anchorage Neighborhood Health Center, Anchorage, Alaska
- Municipality of Anchorage/STD Clinic, Anchorage, Alaska
- AIDS Outreach of Northern Arizona, Inc., Flagstaff, Arizona
- Health Care for the Homeless, Phoenix, Arizona
- Kino Community Hospital, Tucson, Arizona
- Maricopa Integrated Health System, Phoenix, Arizona
- Navajo AIDS Network, Inc., Chinle, Arizona
- Phoenix Indian Medical Center /HIV Center of Excellence, Phoenix, Arizona
- Southern Arizona AIDS Foundation, Tucson, Arizona
- Connecticut Primary Care Association, Inc., Hartford, Connecticut
- Salvation Army AIDS Ministries Program, Hartford, Connecticut
- Hartford Health Department, Hartford, Connecticut
- Compass, Inc., West Palm Beach, Florida
- Comprehensive AIDS Program of Palm Beach County, Inc., West Palm Beach, Florida
- Drug Abuse Treatment Association (DATA), West Palm Beach, Florida
- Florida Housing Corporation, West Palm Beach, Florida
- Gratitude Guild, Inc./Gratitude House, West Palm Beach, Florida
- Health Department, Palm Beach County, Broadway Health Clinic, Riviera Beach, Florida
- Hope House of the Palm Beaches, Inc., West Palm Beach, Florida
- Hospice of Palm Beach County, Inc., West Palm Beach, Florida
- The Children’s Place At Home Safe, Inc., West Palm Beach, Florida
- Veterans Affairs Medical Center, West Palm Beach, Florida
- Albuquerque Area Indian Health Board, Albuquerque, New Mexico
- New Mexico Department of Health, Santa Fe, New Mexico
- People of Color AIDS Foundation, Santa Fe, New Mexico
- Southwest CARE Center, Santa Fe, New Mexico
- University of New Mexico Sciences Center/Truman Street Health Services, Albuquerque, New Mexico
- Cumberland Heights, Nashville, Tennessee
- Metropolitan Interdenominational Church, Nashville, Tennessee
- Metropolitan Public Health Department of Nashville County, Downtown Clinic, Nashville, Tennessee
- Nashville Cares, Nashville, Tennessee
- New Life Lodge, Nashville, Tennessee
- Project C.A.R.E, Nashville, Tennessee
- Vanderbilt Psychiatric Hospital, Nashville, Tennessee
- Women Maintaining Education and Nutrition, Nashville, Tennessee
- Lifelong AIDS Alliance, Seattle, Washington
- Multifaith Works, Seattle, Washington
- Seattle AIDS Support Group, Seattle, Washington
- Seattle Counseling Services for Sexual Minorities, Seattle, Washington
- University of Washington Virology Clinic, Seattle, Washington
- Y gracias especiales al Team AIDS Action HRSA Unmet Needs Workgroup: G. Bellinger, Jr., A. Bogger, S. Brawley, D. Crews, J. Johnson, M. Martin, J. Tytel y miembros del equipo del AIDS Action: I. Ovadiya y A. Santagati. Traducción al español: E. Gómez

NOTAS FINALES LAS CIUDADES DE UN VISTAZO

- ⁱ Rand McNally. *Atlas 2002*; United States Census Bureau. *2002 American Community Survey Profile* <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2002/ACS/index.htm>> [retrieved September 25, 2003]; Kaiser Family Foundation. *State HIV Facts*. <<http://www.statehealthfacts.kff.org/cgi-bin/healthfacts.cgi?action=compare&category=HIV%2fAIDS&subcategory=Cumulative+AIDS+Cases&topic=All+Ages>> [retrieved September 25, 2003]
- ⁱⁱ U.S. Census Bureau. *Anchorage Borough QuickFacts*, 2001. <<http://quickfacts.census.gov/qfd/states/02/02020.html>> [retrieved April 25, 2003].
- ⁱⁱⁱ Anchorage Convention & Visitors Bureau. *Anchorage Facts and Figures*, 2003. <<http://www.anchorage.net/11.cfm>> [retrieved April 25, 2003].
- ^{iv} Alaska Geographic, Volume 23, Number 2, p. 4. 1996
- ^v Department of Health and Social services, State of Alaska. *Health Status in Alaska*, 2001. <<http://health.hss.state.ak.us/dph/deu/publications/PDFs/hs2000b.pdf>> [retrieved August 29, 2002].
- ^{vi} Alaska Department of Health and Social Services. *HIV infection in Alaska*, 2001, 2001. <http://www.epi.hss.state.ak.us/bulletins/docs/b2002_06.pdf> [Retrieved May 30, 2003].
- ^{vii} Gallup Convention & Visitors Bureau. *About Gallup*, 2003. <<http://www.gallupnm.org/index.cfm?fuseaction=about.home>> [retrieved September 11, 2002].
- ^{viii} Discover Navajo – People of the Fourth World. *Navajo Culture*, 2003. <<http://www.discovernavajo.com/culture.php>> [retrieved April 25, 2003].
- ^{ix} Navajo Nation Washington Office. *Navajo Nation Profile*, 2003. <<http://www.nnwo.org/nnprofile.htm>> [retrieved June 4, 2003].
- ^x Navajo Nation Hospitality Enterprise. *Navajo Attractions*, 2002. <<http://www.explorenavajo.com/attractions.aspx>> [retrieved April 25, 2003].
- ^{xi} Navajo Nation Washington Office. *Navajo Nation Profile*, 2003. <<http://www.nnwo.org/nnprofile.htm>> [retrieved June 4, 2003].
- ^{xii} U.S. Census Bureau. *American FactFinder*, 2001. <http://factfinder.census.gov/bf/?_lang=en_vt_name=DEC_2000_SF3_U_DP3_geo_id=05000US35031.html> [retrieved May 28, 2003]; U.S. Census Bureau. *McKinley County QuickFacts*, 2001. <<http://quickfacts.census.gov/qfd/states/35/35031k.html>> [retrieved May 28, 2003].
- ^{xiii} Hall, Phil. "Profile of the Navajo AIDS Network," *Newtopia Magazine*, December 2002. <<http://www.newtopiamagazine.net/features/issue6/navajo.htm>> [retrieved September 10, 2003].
- ^{xiv} Navajo Nation Washington Office. *Navajo Nation Profile*, 2003. <<http://www.nnwo.org/nnprofile.htm>> [retrieved June 4, 2003].
- ^{xv} Greater Hartford Tourism District and Convention & Visitors Bureau. *Visitor Facts*, 2003. <<http://www.enjoyhartford.com/page.cfm?id=25>> [retrieved April 25, 2003].
- ^{xvi} U.S. Census Bureau. American FactFinder, 2001. <<http://quickfacts.census.gov/qfd/states/09000.html>> [retrieved April 25, 2003]; Connecticut Voices for Children. *Little Progress in Reducing Child Poverty Despite Decade of Prosperity* (Press Release), 5 August 2002.
- ^{xvii} Encarta. Connecticut. Chapter IV: The People of Connecticut. <<http://encarta.msn.com/encnet/refpages/RefArticle.aspx?refid=761558334&pn=4&s=63#s63>> [retrieved September 24, 2003]
- ^{xviii} Von Zielbauer, Paul. "Hartford Bids a Bilingual Goodbye to a White-Collar Past" *The New York Times*, 5 May 2003. <<http://www.nytimes.com/2003/05/05/nyregion/05HART.html>> [retrieved May 5, 2003].
- ^{xix} Connecticut Department of Public Health. HIV/AIDS Surveillance Program. *People Living with AIDS (Prevalent Cases) by City of Residence at Diagnosis, Risk/Mode of Transmission Race, and Sex in Percent of Total for the Category through June 30, 2003*, 2003. <<http://www.dph.state.ct.us/BCH/infectiousdise/2003/data/table10.htm>> [retrieved April 25, 2003].
- ^{xx} Connecticut Department of Public Health. HIV/AIDS Surveillance Program. *Hartford AIDS Cases by Year of Report, Sex, Race, and Risk/Mode of Transmission*, 2003. <http://www.dph.state.ct.us/BCH/infectiousdise/2003/data/h_test3.htm> [retrieved April 25, 2003].
- ^{xxi} Nashville Convention and Visitors Bureau. *Nashville Fact Sheet 2002*, 2002. <http://www.nashvillecvb.com/fusebox.cfm?method=displaypage&pagename=nashville_facts> [retrieved September 8, 2003].
- ^{xxii} Nashville Convention and Visitors Bureau. *Nashville Fact Sheet 2002*, 2002. <http://www.nashvillecvb.com/fusebox.cfm?method=displaypage&pagename=nashville_facts> [retrieved September 8, 2003].
- ^{xxiii} U.S. Census Bureau. *State and County QuickFacts*, 2001. <<http://quickfacts.census.gov/qfd/states/47/47037.html>> [retrieved September 8, 2003]; U.S. Census Bureau. *2001 Supplementary Survey Profile Davidson County*. <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2001/SS01/Tabular/050/05000US470373.htm>> [retrieved September 8, 2003].
- ^{xxiv} The Henry J. Kaiser Family Foundation. "Connecticut," *State Health Facts Online*, 2002. <<http://www.statehealthfacts.kff.org/cgi-bin/healthfacts.cgi?action=profile&area=Tennessee&welcome=1&category=HIV%2fAIDS>> [retrieved August 29, 2003].
- ^{xxv} Tennessee Department of Health. *Reported HIV and AIDS Cases*, April 30, 2001. <<http://www2.state.tn.us/health/Downloads/HIVAIDSscaserpt.pdf>> [retrieved September 8, 2003].
- ^{xxvi} Ibid.
- ^{xxvii} Greater Phoenix Chamber of Commerce. *Relocation, Travel and Tourism*, 2003. <http://www.phoenixchamber.com/out_Relocate.cfm> [retrieved September 9, 2003].
- ^{xxviii} Greater Phoenix Convention and Visitor's Bureau. *Fun Facts About Phoenix*, 2002. <<http://www.visitphoenix.com/visitor/index.cfm?action=funFacts&subSection=1>>

[retrieved September 8, 2003].

^{xxxix} Ibid.

^{xxx} U.S. Census Bureau. *2001 Supplementary Survey Profile, Phoenix City*, 2001. <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2001/SS01/Tabular/155/15500US04550000133.htm>> [retrieved May 28, 2003].

^{xxxi} U.S. Census Bureau. *2002 American Community Survey Profile* <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2002/ACS/Narrative/040/NP04000US04.htm>> [retrieved September 25, 2003]

^{xxxii} Ibid.

^{xxxiii} Arizona Department of Health Services, Office of HIV/AIDS. *Arizona Statewide Semi-Annual Report*, 2002. <http://www.hs.state.az.us/phs/hiv/az_hiv_semi_rpt.htm> [retrieved September 10, 2003].

^{xxxiv} City of Santa Fe. *City of Santa Fe*, 2003. <<http://sfweb.ci.santa-fe.nm.us/>> [retrieved September 9, 2003].

^{xxxv} U.S. Census Bureau. *Santa Fe County QuickFacts*, 2001. <<http://quickfacts.census.gov/qfd/states/35/35049.html>> [retrieved May 28, 2003].

^{xxxvi} U.S. Census Bureau. *2002 American Community Survey Profile* <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2002/ACS/Narrative/040/NP04000US35.htm>> [retrieved September 25, 2003]

^{xxxvii} New Mexico Department of Health. *HIV/AIDS Epidemiology in New Mexico*, 2003. <<http://www.aidsinfonet.org/epi/epio212.html>> [retrieved May 28, 2003].

^{xxxviii} U.S. Census Bureau. *Supplementary Survey 2001 Profile*, 2001. <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2001/SS01/Narrative/155/NP15500US5363000033.htm>> [retrieved September 8, 2003].

^{xxxix} City of Seattle. *Demographics*, 2002. <<http://www.cityofseattle.net/oir/datasheet/demographics.htm>> [retrieved September 8, 2003].

^{xl} Seattle/King County Public Health. *HIV/AIDS Monthly Surveillance Report*, 2003. <<http://www.metrokc.gov/health/apu/epi/epimonthly.PDF>> [retrieved September 11, 2003].

^{xli} Metropolitan Tucson Convention and Visitors Bureau. *Geography*, 2003. <<http://www.visittucson.org/About/index.cfm?action=Geography>> [retrieved September 8, 2003].

^{xlii} Metropolitan Tucson Convention and Visitors Bureau. *History*, 2003. <<http://www.visittucson.org/About/index.cfm?action=History>> [retrieved September 8, 2003].

^{xliii} U.S. Census Bureau. *2002 American Community Survey Profile* <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2002/ACS/Narrative/040/NP04000US04.htm>> [retrieved September 25, 2003]

^{xliiv} U.S. Census Bureau. *2001 Supplementary Survey Profile, Tucson City*, 2001. <<http://www.census.gov/acs/www/Products/Profiles/Single/2001/SS01/Tabular/160/16000US04770001.htm>> [retrieved May 28, 2003]; City of Tucson. *Tucson 7th Best City for Hispanics*, 2003. <<http://www.cityoftucson.org/hottopics/hisp7.html>> [retrieved September 9, 2003].

^{xli v} City of Tucson. *Old Pueblo, New Tucson*, 2003. <<http://www.cityoftucson.org/about.html>> [retrieved September 8, 2002]; National Optical Astronomy Observatory. *Kitt Peak National Observatory*, 2003 <<http://www.noao.edu/kpno/>> [retrieved September 9, 2003].

^{xli vi} Arizona Department of Health Services, Office of HIV/AIDS. *Arizona Statewide Semi-Annual Report*, 2002. <http://www.hs.state.az.us/phs/hiv/az_hiv_semi_rpt.htm> [retrieved September 10, 2003].

^{xli vii} Ibid.

^{xli viii} U.S. Census Bureau. *American Fact Finder*, 2000. <http://factfinder.census.gov/bf/_lang=en_vt_name=DEC_2000_SF3_U_DP3_geo_id=05000US12099.html> [retrieved September 8, 2003]; U.S. Census Bureau. *American Fact Finder*, 2000. <http://factfinder.census.gov/bf/_lang=en_vt_name=DEC_2000_SF3_U_DP3_geo_id=16000US1276600.html> [retrieved September 8, 2003].

^{xli x} U.S. Census Bureau. *American Fact Finder*, 2000. <http://factfinder.census.gov/bf/_lang=en_vt_name=DEC_2000_SF1_U_DP1_geo_id=16000US1276600.html> [retrieved September 8, 2003]; U.S. Census Bureau. *American Fact Finder*, 2000. <http://factfinder.census.gov/bf/_lang=en_vt_name=DEC_2000_SF1_U_DP1_geo_id=05000US12099.html> [retrieved September 8, 2003].

^l The Henry J. Kaiser Family Foundation. "Florida," *State Health Facts Online*, 2002. <<http://www.statehealthfacts.kff.org/cgi-bin/healthfacts.cgi?action=profile&area=Florida&category=HIV%2fAIDS>> [retrieved August 29, 2003].

^{li} Ibid.

^{lii} Ibid.

conectando *con los cuidados*

Aa'áháya bidiit'i'

until it's over
AIDS ACTION

1906 Sunderland Place N.W., Washington, DC 20036

Ph/ 202-530-8030 Fax/ 202-530-8031 E-mail/ connectingtocare@aidsaction.org Web/ www.aidsaction.org

Esta publicación ha recibido el apoyo de la asignación número 5U69HA00035-06 del HIV/AIDS Bureau (HAB) de la Administración de Servicios y Recursos para la Salud [Health Resources and Services Administration (HRSA)]. Los contenidos de esta publicación son únicamente responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente las opiniones oficiales del HAB de la HRSA.

Traducción al español: Ernesto Gómez (ernestog@mac.com)