



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

Almeida Remoaldo, Paula Cristina
Mercado Social y programas de VIH / SIDA en Ghana
Horizonte Sanitario, vol. 11, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 6-16
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845141001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mercado Social y programas de VIH / SIDA en Ghana

Paula Cristina Almeida Remoaldo*

Universidade do Minho

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido:

24 de junio de 2012

Fecha de aceptación:

21 de agosto de 2012

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

Paula Cristina Almeida Remoaldo, Professora Associada, Universidade do Minho, Departamento de Geografia, Campus de Azurém, 4800-058, Guimarães, Portugal. Tel.: +351-253-510560. Fax: +351-253-510569. E-mail: cris.remoaldo@gmail.com

*PhD, Profesora asociada, Kojo Oppong Yeboah Gyabaah, Candidato Doctoral en Geografía, Universidad de Minho – Portugal

Mercadotecnia en Salud
Almeida Remoaldo
HORIZONTE SANITARIO

RESUMEN

El propósito de este estudio es analizar algunas de las tendencias del VIH/SIDA en Ghana (África) y las intervenciones como la integración del Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio y la noción de cómo el marketing social ha llegado a definirse y utilizarse para influir en el cambio de comportamiento.

Al ser un estudio epistemológico, nos basamos en los métodos cualitativos principalmente utilizando el análisis de las obras publicadas y los informes. La respuesta al VIH/SIDA en Ghana puede ser resumido de la promoción de políticas, promoción, y un entorno propicio. Otras respuestas son la mitigación de los impactos sociales, culturales, legales y económicos del VIH/SIDA y el comportamiento de comunicación de mensajes de cambio, así como a proporcionar tratamiento, atención y realización de investigación, vigilancia, seguimiento y evaluación del VIH/SIDA. Dentro de los cinco años de la implementación de los ODM, Ghana estuvo a punto de alcanzar meta de los ODM, pero la tendencia de la prevalencia sufrió un duro revés, aunque el ODM 6 que se puede lograr si los esfuerzos son potencialmente sostenidos.

Palabras clave • VIH/SIDA, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Mercadotecnia en Salud, comportamientos.

SUMMARY

The purpose of this study is to discuss some of the trends in Ghana's HIV/AIDS and interventions including integration of Millennium Development Goal 6 and how the notion of social marketing has come to be defined and used to influence behavior change. Being an epistemological study, we draw on qualitative methods utilizing mainly analysis of published works and reports. The HIV/AIDS response in Ghana can be summed up as

promoting policy, advocacy, and an enabling environment. Other responses are mitigating the social, cultural, legal, and economic impacts of HIV/AIDS by communicating prevention and behaviour change messages as well as providing treatment, care, and conducting HIV/AIDS research, surveillance, monitoring and evaluation. Within five years of the implementation of MDG, Ghana was on the verge of achieving MDG prevalence target but the trend suffered a setback although MDG 6 is potentially achievable if efforts are sustained.

Key words • HIV/AIDS, Millennium Development Goal, Social Marketing, behaviour.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es uno de los perfiles más altos de enfermedades del objetivo 6 del Desarrollo Milenio (ODM) que se propone abordar. Tres de los cuatro indicadores relacionados con el VIH en el progreso del ODM son alcanzables utilizando las intervenciones del mercadeo social que apuntan a influir en el comportamiento para bien.

Este estudio trata de evaluar la situación actual de la epidemia de VIH / SIDA en Ghana, los programas puestos en marcha para comprobar el VIH / SIDA hasta ahora y cómo se integran las metas de los ODM en materia de VIH / SIDA, el tipo de herramientas de marketing social que se utiliza y el impacto en la propagación de la infección por el VIH. El artículo forma parte de un proyecto más amplio sobre el cuidado de hacer frente al VIH / SIDA huérfanos en Ghana. Es el primer intento de examinar el papel del marketing social en la lucha contra el VIH / SIDA en el país.

La epidemia de Ghana ha experimentado una bolsa mixta con predominio alcanzando el 3,6% en 1992 y 2003 cuando el VIH Vigilancia Centinela y los ODM, respectivamente, comenzaron a disminuir al mínimo el 1,7% en 2008, pero comenzó a aumentar con la prevalencia actual del 2,0% para 2010. Sin embargo, esto se considera una tasa relativamente baja si se compara con las tasas de umbral por encima del 5% en el resto de África. Hay variaciones, sin embargo. El país originalmente vio la enfermedad como un problema de salud, pero más tarde se convirtió en una intervención de desarrollo que conduce a la formación de un cuerpo de vértice, Ghana Comisión del SIDA (GAC) en 2000 para proporcionar liderazgo adecuado y movilizar recursos para las actividades de intervención.

Los ODM necesario sincronizar las intervenciones para alcanzar las metas que conduzcan a la elaboración de tres sucesivos planes a medio plazo establecido en 2003-2013 calendario. ODM6 Ghana rendimiento intervenciones hasta ahora tiene potencialmente alcanzable contra meta de los ODM de menos de 1,5% (NDPC / PNUD Ghana, 2010). Dada esta tendencia, Ghana tiene que mejorar en sus intervenciones si es para satisfacer 6a OBJETIVO Y META 7 en 2015. Para que esto se realice, queda mucho por hacer en la ampliación de las estrategias de mercadeo social sobre el VIH / SIDA para lograr un cambio de comportamiento significativo.

Esta investigación comienza con la descripción de la metodología utilizada para el estudio seguido por un breve pero conciso repaso literario en las intervenciones del VIH/SIDA en Ghana. El resto del estudio se enfoca en el encuentro y conclusiones del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este artículo se enfoca en la situación del VIH/SIDA y en la evaluación de las mediadas presentadas para lidiar con la epidemia en Ghana. Es un fragmento de un proyecto extenso (desarrollado del 2009 al 2012) que trata con la condición de vida de los huérfanos con VIH/SIDA y los niños vulnerables (OVC) en el área de Manya Krobo de Ghana. Mientras el proyecto actual empleó una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, este trabajo es un estudio epistemológico que expone los métodos cualitativos para describir y resaltar los esfuerzos que se han hecho hasta ahora. Nosotros utilizamos el análisis de las publicaciones como los reportes de la Comisión de SIDA de Ghana, Reportes del Sentinel Survey, los Reportes de MDG y las publicaciones NGO. Nosotros buscamos identificar la aplicación de las

estrategias del mercadeo social y el resultado de las intervenciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Origen y tendencia del VIH/SIDA en Ghana El VIH crece y se desarrolla rápidamente para comprometer el sistema inmune y hacer que el cuerpo esté vulnerable ante infecciones oportunas llamadas SIDA. Todavía no hay una cura y puede ser controlado solamente utilizando medicinas antiretrovirales. El objetivo 6 del MDG es potencialmente alcanzable en Ghana si sostiene los esfuerzos para reducir la vulnerabilidad de las féminas y de aquellas personas entre 24-29 años de edad (NDPC/UNDP Ghana, 2010). La clave característica del VIH/SIDA primeramente detectada en Marzo de 1986 (Yankah, 2004) es la de una epidemia estabilizadora considerada en un país de baja preponderancia. La principal forma de transmisión es heterosexual (Servicio Estadístico de Ghana, et al., 2009), Goodell (2009) cree que la situación se debe a un cambio de actitud más que a una excelente intervenciones.

Esto está acreditado a la falta de una migración formalizada, la transportación, la circuncisión en un número elevado del género masculino, y una baja preponderancia de las relaciones sexuales concurrentes como estimaciones para la situación. Es prudente que pueda haber una reversa negativa si no hubiese más financiamiento asignado para combatir el poco compromiso civil, relaciones de géneros y programas de gobierno burocráticos (Servicios Estadísticos de Ghana, et al., 2009; Goodell; 2009).

Ghana ha estado utilizando el dato de Sentinel Surveillance para estimar la preponderancia del VIH desde el 2002. Algunas mujeres embarazadas que van a las clínicas de natalidad han sido su

objetivo en seleccionados centros de salud, en la premisa del predominio entre este grupo, es un representante de infección entre el pueblo. A la llegada de 1992 solo unos cuantos lugares fueron utilizados, pero se acrecentó a 20 en 1994 para cubrir 10 regiones del país, luego a 22 en 1999 y por último a 40 en el 2009. Los incrementos fueron hechos para reflejar la diversidad de los habitantes por lo tanto 17 y 23 lugares estratégicamente localizados en sitios rurales y urbanos respectivamente de un lado al otro del país (NACP,2010)

Según Amoa (2005), la respuesta nacional al principio era médico, un enfoque informado por una política internacional de financiación (Faria, 2008), que a través de la prevención privilegiada sobre el cambio de conducta de tratamiento integrado de prevención de esfuerzos. El pretexto fue que la prevención es una opción más rentable en entornos con recursos pobres como Ghana ajuste. Ghana abandonado enfoque a favor de una integrada en el año 2000 como el VIH / SIDA era visto como un problema de desarrollo. Este cambio fue precipitado por la pérdida y lagunas creadas las muertes por SIDA en el sector productivo. Hasta ahora, Ghana tuvo la Comisión Nacional Consultiva sobre el SIDA (1985) y Nacional de SIDA / ITS Programa de Control (NACP-1987). Un organismo central, Ghana Comisión del SIDA (GAC) se formó en septiembre de 2000, pero ratificado por el Parlamento en 2002 y acusado de proporcionar liderazgo en la lucha contra el VIH / SIDA (GAC, 2009).

Los ODM incluyen 8 objetivos interrelacionados con 18 metas y 48 indicadores que representan una asociación entre 189 países desarrollados y en desarrollo para crear un entorno propicio al desarrollo ya la eliminación de la pobreza para el año 2015(IAEG, 2011). Parte del objetivo 6 7

objetivo abarcador e indicadores 18-20 se ocupa de la lucha contra el VIH / SIDA. Su objetivo es detener para el año 2015 y comenzar a reducir la propagación del VIH / SIDA para llegar a una prevalencia de menos del 1,5%. El progreso se desprende de la proporción de la población de 15-24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH / SIDA y la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas 15-24. Entonces la tasa de uso de anticonceptivos, así como la tasa de uso del condón y al fin sexual de alto riesgo. Por último, la relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de entre 10-14 años. Los cinco indicadores para el objetivo de detener en 2015 y comenzar a reducir la propagación del VIH / SIDA, la prevalencia del VIH entre las personas de 15-24 años, el uso de preservativo durante las últimas relaciones sexuales de riesgo, y la proporción de población de 15-24 años tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH / SIDA. Asimismo, la proporción de la asistencia escolar de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de entre 10-14 años. En Ghana, los ODM están anclados, se integren en tres sucesivas de desarrollo a mediano plazo los planes nacionales de expansión 2003-2013.

De acuerdo con la Academia de Desarrollo Educativo (AED, 2011) el marketing social es el uso de técnicas de comercialización para persuadir a la gente a cambiar su comportamiento para mejorar sus propias vidas. Los profesionales emplean estudios de mercado, estrategias de política y desarrollo de productos para hacer el cambio más fácil y más atractivo para las audiencias identificadas. Las ideas sociales de marketing se aplica en gran medida en el VIH / SIDA programación a través de la comunicación para el cambio. Se trata de un programa que tiene

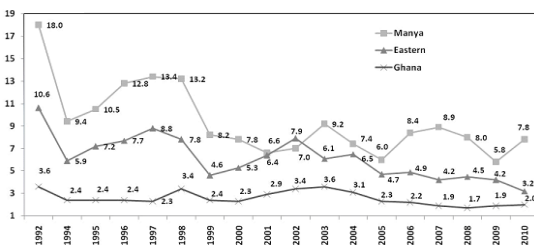
como objetivo mejorar la eficacia y la sostenibilidad de los cambios de comportamiento mediante comunicación (AED, 2011).

Ghana utiliza un enfoque basado en la evidencia y de investigación para identificar más a los grupos de riesgo, entender sus necesidades y desarrollar intervenciones específicas basadas en estos resultados. Sin embargo, los desafíos de la brecha de conocimientos, actitudes y prácticas presentan una ventana no deseada para la transmisión dentro de la población general y servir en un obstáculo para la implementación exitosa de programas de intervención en el país (GAC, 2009).

Disparidades espaciales y temporales de VIH / SIDA Sólo hubo 46 casos oficiales registrados en el primer año, en 1986, cinco años después de los EE.UU. claros diagnosticado el primer VIH. Una pareja domiciliada en Alemania probó por primera vez el VIH positivo en marzo de 1986 en Ghana (Yankah, 2004; Amoa, 2005). Para 1991 y 2009, 2.525 y 267.069 casos VIH / SIDA, respectivamente, se habían detectado. En un principio el 85% de los casos eran mujeres que dan razón hombre-mujer de 1:8 antes de retroceder a 1:3 en 1990 a 1:2 y en 2009. La tendencia muestra una historia de emigración y el trabajo sexual comercial en el extranjero. Esta tendencia se redujo de 89% en 1986 al 56% en 1990, como la transmisión del VIH difusa (Konotey-Ahulu, 1989; Anarfi, 1993; Agyei-Mensah, 2001; NACP, 2010). Otra tendencia es la variación geográfica del VIH / sida. La región del Este en especial la zona Krobo, zonas mineras y los centros urbanos registró la prevalencia más alta. Esto se ha atribuido a razones económicas (Agyei-Mensah, 2001; Sauve et al, 2002.). La Figura 1 ilustra las diferencias espaciales y temporales de los casos VIH / SIDA en Manya

Krobo área, Región Oriental y Ghana durante el período de 19 años. También muestra que en 2001 y 2009, las tasas de prevalencia del VIH que luego fueron disminuyendo, poco a poco se levantó en los años consecutivos antes de estabilizarse de nuevo. En 2001, se elevó desde el 2,3% en 2000 al 2,9% y alcanzó el 3,6% en 2003. Del mismo modo, se elevó desde el 1,7% en 2008 hasta el 1,9% y el 2,0% en 2009 y 2010 respectivamente. Estos fueron los años en que Ghana tenía el cambio de los gobiernos. Es lógico pensar que esto podría atribuirse a la pérdida de la memoria institucional. El primer acto de los nuevos gobiernos de Ghana es disolver todos los órganos y comisiones incluyendo el despido del director general de la Comisión del SIDA de Ghana. Tasa de prevalencia del VIH tiende a sufrir un revés en los años inmediatamente siguientes a un cambio de gobierno. Esta tendencia negativa podría repetirse en 2013, así echar a pique todos los progresos realizados hasta el momento mientras nos dirigimos para el hito de 2015.

Figura 1 - Prevalencia del VIH en Manya Krobo, Región Oriental y Ghana entre 1992 y 2010.

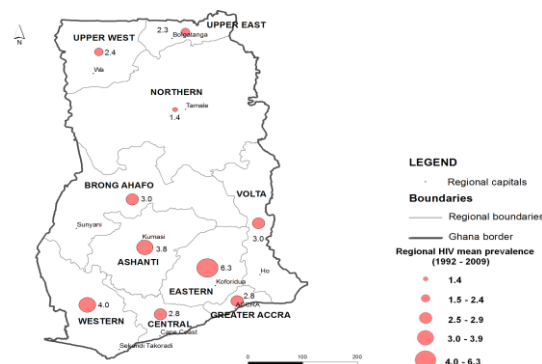


Fuente: Encuesta NACP HIV Sentinel informes entre 1992 y 2010. * No Sentinel encuesta en 1993.

Debe señalarse sin embargo que las tasas de prevalencia media enmascarar las variaciones en el espacio, el tiempo, el sexo y la edad. Análisis de los resultados de vigilancia centinela entre 1992 y 2009 en la figura 2 se muestra amplias variaciones regionales. La menor prevalencia media regional del 1,4%, se registró en la región del Norte,

mientras que la mayor prevalencia de 6,3%, se registró en la Región Oriental.

Figura 2 - Prevalencia Media Regional de VIH entre 1992 y 2009.



Fuente: construcción propia del autor basados en NACP Informes de vigilancia centinela de VIH (1992 a 2009), 2011.

La última prevalencia en Ghana es de 2,0% (NACP, 2011). Por 2009 las muestras positivas totales producidas 91,8% del VIH tipo I, 5,2% de VIH de tipo II y la infección dual de tipos de VIH I y II fue de 3,0%. Casi todas las infecciones por vía heterosexual eran (NACP, 2010). La tasa de prevalencia más alta se registra entre los 40-45 años y el menor en el grupo de edad de 15-19 años 2,1%. La Tabla 1 muestra las tasas de infección entre los grupos de edad diferentes que cubren el período comprendido entre 2001 y 2007. Esto demuestra que los grupos de edad 25-34 estaban en mayor riesgo, mientras que el grupo de 15-19 años tenía uno de los menos. Esto es importante porque la prevalencia entre este grupo se utiliza como un marcador para la nueva infección. La prevalencia media durante el período de 7 años fue de 1,6% sólo cerca de la meta de menos de 1,5%, pero que para los mayores de 20-24 fue del 5,0%.

Tabla 1 - Estructura por edad de la prevalencia del VIH entre 2001 y 2007.

Age Group	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15 to 19	2.4	2.3	1.9	2.0	0.8	1.4	1.6
20 to 24	3.4	3.8	3.5	2.7	2.4	2.9	2.9
25 to 29	3.9	4.5	4.4	4.5	3.6	4.2	3.5
30 to 34	3.5	4.0	4.7	4.4	3.2	3.7	2.9
35 to 39	3.0	3.4	4.5	3.9	2.4	2.8	3.5
40 to 44	2.6	2.8	3.3	2.3	3.7	3.3	1.7
45 to 49	2.3	3.8	6.0	0.0	5.0	2.5	1.3
15 to 24	3.1	3.4	3.0	2.5	1.9	2.5	2.9

Fuente: Instituto Nacional de SIDA / ITS Programa de Control de 2007.

Las principales campañas nacionales sobre el VIH / SIDA y sus consecuencias. Dado que el VIH desde el inicio se consideró en gran medida un problema de la emigración, la respuesta nacional original por lo tanto médicamente orientada y dirigida. Al parecer, este enfoque fue visto poco después mostró como prueba de que una pandemia no respeta fronteras y así rápidamente difundida entre la población local. Pero esta estrategia no fue eficaz, un enfoque integrado se adoptó para proporcionar liderazgo adecuado para combatir la epidemia en 2000. Este compromiso adoptado con los interlocutores sociales y de los donantes mediante el cambio de comportamiento conceptos de promoción de la salud, incluyendo la política, la creación de capacidades de investigación, y el uso de los medios de comunicación. Cuando Ghana adoptó los ODM, se identificó que algunas cuestiones fundamentales deben abordarse en relación con la integración del VIH / SIDA en los ODM. Se diseñó tres planes de desarrollo sucesivos llamados Planes de Estrategia de Reducción de la Pobreza 2003-2013 que abarca a capturar estos temas. Estas fueron la defensa y el medio ambiente propicio, la planificación estratégica, los retos operativos, el acceso a los servicios, la armonización y la

coordinación de los donantes VIH / SIDA de apoyo. En 2003, la tasa de prevalencia del VIH fue del 3,6%. Los principales servicios prestados por el VIH todos los interesados tienen la atención clínica, la terapia antirretroviral (desde 2002), el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV), el diagnóstico precoz en la infancia, la atención domiciliaria, la profilaxis posterior a la exposición, la prevención de la transmisión madre a hijo, y campaña de medios en la prevención.

Detener el SIDA, la vida amorosa fue una intervención nacional que inició su andadura en 2000. Se desplegará en varias fases para abordar con éxito los diferentes públicos, mejorar y aumentar los enfoques comunitarios de comunicación y aumentar las cantidades y el acceso al VIH y el SIDA materiales de comunicación. Las figuras 3 a 6 son ejemplos de los carteles, pegatinas, manuales y materiales de guías de usuario producidos para promover la campaña. En la Figura 3, representa un material de campaña de carteles titulada 'Reach out' que trata de animar a la gente a mostrar compasión hacia las personas que viven con el VIH / SIDA en la actualidad. Su mensaje es "no se puede contraer el VIH / SIDA para comer, trabajar o vivir con personas con VIH / SIDA". En la Figura 4, vemos otra etiqueta campaña en gran parte de los vehículos y las puertas que ofrecen la palma de la mano que simboliza el poder dentro de las personas a tomar el control de sus vidas mediante la observación de los principios de ABC de la prevención del SIDA. Su mensaje título lo dice 'stop sida vida el amor. Abstenerse o ser fiel o uso del condón. La elección está en sus manos".

Figura 3 – cartel de la Campaña Reach Out 4 – calcomanía de ama la vida, detén el SIDA.



Fuente: Health Communication Partnership (jhuccp.org / hcp), 2011.

Figure 4 - Stop AIDS love life Sticker

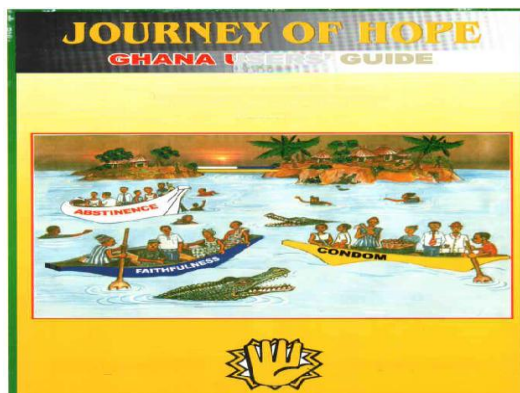


Fuente: Health Communication Partnership (jhuccp.org / hcp), 2011.

El tema principal de conducir la campaña se centra en la prevención de lo que se llama el ABCD del VIH / SIDA. Es el acrónimo de la abstinencia, ser fiel a la pareja el uso del condón o si la necesidad de renunciar a estos dos principios es la muerte. El Ministerio de Salud de Ghana Fundación de Mercadeo Social y Asociación de Planificación Familiar de Ghana son en gran parte responsables de la comercialización de condones y otros anticonceptivos en Ghana. La Figura 5 muestra la portada de un manual de campaña en el mensaje ABC. 'Camino de la Esperanza es la guía Ghana usuario y una vida práctica herramienta de habilidades para tomar decisiones positivas para su vida en el momento de la

pandemia del VIH / SIDA ". Proporciona directrices sobre la visión de las relaciones amorosas de forma que mantienen parejas sanas ya salvo de la infección por el VIH mediante el conocimiento de las opciones disponibles (abstinencia, fidelidad y uso del condón), utilizando el conocimiento y apoyo de los demás.

Figura 5 - Camino de la Esperanza



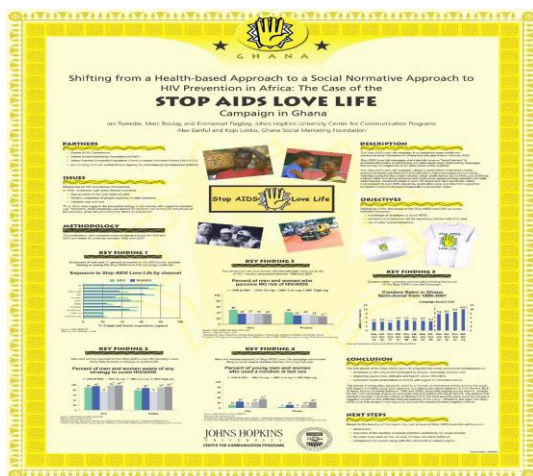
Fuente: Health Communication Partnership (jhuccp.org/hcp), 2011.

Actualmente, la atención se centra en la prevención del estigma como la estigmatización impide la divulgación y las unidades de difundir la clandestinidad. Es apodado "quién eres tú para juzgar ", que presenta personajes de diversos orígenes que revelan su estado serológico e instando a otros a ir voluntariamente a la prueba del VIH. La figura 6 es un material de cartel en pasar de un enfoque de salud basado en un enfoque normativo social para la prevención del VIH.

La medición del impacto de los mensajes transmitidos mediante el uso de datos de un número de fuentes, incluyendo dos encuestas de hogares entre 1996 y 2003 encontró que la campaña dirigida a aumentar las conductas de protección a nivel nacional (Impact Communication, 2003). Entre los hombres sexualmente activos, el uso del preservativo en la

última relación sexual aumentó del 13% en 1998 al 24% en 2001. Entre las mujeres sexualmente activas, el uso del preservativo en la última relación sexual aumentó del 4% al 12% durante ese período. Mientras que sólo el 10% de los hombres que no son espectadores usaron un condón en su última relación sexual, el 34% de los hombres con la exposición intensa campaña lo había hecho. Entre las mujeres sexualmente activas, el 4% de las mujeres que no son espectadores reportaron haber usado un condón en su última relación sexual, frente al 22% de las mujeres con exposición intensa campaña. Tendencias en las ventas y distribución de preservativos ofrecen evidencia adicional del efecto de la campaña sobre el uso del condón.

Figura 6 - El cambio de la salud basado en un enfoque normativo social para la prevención del VIH.



Fuente: Health Communication Partnership (jhuccp.org/hcp), 2011.

El número de condones vendidos durante los dos años siguientes a la campaña (34,8 millones) fue casi el doble que vendió durante los dos años anteriores a la campaña (18,8 millones). El 2008 GDH trató de determinar la eficacia de los mensajes transmitidos por preguntar sobre el conocimiento del VIH / SIDA mediante el uso del preservativo (79,0%), manteniéndose fiel a la

pareja (86,5%), y la abstinencia (80,5%). Por el contrario, entre las mujeres y los hombres que reportaron haber tenido relaciones sexuales de alto riesgo sólo 25,0% y 45,0%, respectivamente, reportaron haber usado un condón (Servicio de Estadística de Ghana, et al., 2009). Aunque el uso de preservativos, la edad de la primera relación sexual y múltiples asociaciones fueron en gran parte sin cambios por la campaña entre la población en general. Esta falta de cambio en la conducta sexual podría haber sido debido a la relativamente tardía edad de debut sexual y el nivel relativamente bajo de las alianzas múltiples en Ghana. Reportado fidelidad, sin embargo, sí aumentó entre los hombres casados con una alta exposición a la campaña en comparación con aquellos sin exposición (Impact Communication, 2003). 2008 resultados GDH indican que los individuos son generalmente de apoyo en la prestación de un ambiente de cuidado un 77% estaría dispuesto a cuidar de un familiar enfermo con SIDA en su hogar. En la revelación, el 53,5% no le gustaría mantener en secreto que un miembro de la familia tiene VIH, pero sólo el 17,5% alguna vez la prueba del VIH (Servicio de Estadística de Ghana, et al., 2009).

Cada uno de los 170 distritos de Ghana, así como todos los centros públicos de salud importantes tiene los coordinadores y los centros de APV. Su papel es el de fortalecer la capacidad de los tomadores de decisiones y líderes de opinión para abogar en favor de los programas y actividades que influyen en el cambio de comportamiento positivo. Necesidad total de terapia TAR se espera un aumento de 88.473 en 2009 a 111.908 en 2015, mientras que la demanda de tratamiento antirretroviral en niños se reduciría como un riesgo de PTMCT se reduce a través de una estrategia efectiva. Se estima que 20.313 muertes por SIDA se han registrado con 2.566 niños que son, pero

esto se prevé una disminución de 15.732 a 11.907 muertes anuales en 2015. Lamentablemente, las nuevas infecciones entre los 15 años o más aumentará de 22.177 en 2009 a 24.299 en 2015 (NACP, 2010). La prestación de servicios de prevención de PTMCT ha ido en aumento cada año desde su introducción en 2002, por ejemplo, los antirretrovirales aumentó de sólo el 12,6% en 2006 al 28,0% en 2008, mientras que el porcentaje de personas infectadas por VIH que reciben antirretrovirales fue de 15% a finales de 2007 (USAID / Ghana, 2010). Provisión de medicamentos ARV en Ghana es gratuita pero los beneficiarios deben pagar una ficha como costo administrativo. Esto a veces funciona como obstáculo que lleva a romper en régimen de ARV y posible preocupación para la resistencia a las drogas.

A pesar de la ratificación de Ghana de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1990 y armonizar su legislación a través del artículo 28 de la Constitución en 1992, no fue hasta 2005 que el país desarrolló las orientaciones de las políticas nacionales sobre el VIH / SIDA OCV. Luego, en 2007, una Estrategia Nacional de Protección Social (NSPS) fue desarrollado para proporcionar redes de seguridad para los grupos vulnerables y excluidos, como los niños. Finalmente, en 2010, Ghana desarrolló un Plan de tres años de acción nacional para huérfanos y niños vulnerables, así como una política nacional para los jóvenes, que son las legislaciones y las políticas sociales para la protección de los niños afectados por el VIH / SIDA. Aunque se trata de buenas intenciones, no es concreto en el terreno del gobierno para apoyar las actividades de la OVC. Muchas de las intervenciones OVC se llevan a cabo por grupos de la sociedad civil y miembros de la familia. Aunque Ghana ha logrado avances significativos

en las intervenciones, los avances hacia el logro de la meta del ODM 7 es amarillo. Un código de color sus resultados con respecto a las señales de otros países: el verde significa "bueno", el rojo significa "malo" y el amarillo significa "potencial".

CONCLUSIÓN

Corto enfoque con visión de Ghana para tratar el VIH / SIDA como un problema de salud permitió a la pandemia de difundir entre la población local de algunos emigrantes que regresan infectados. Ghana estaba al alcance de la meta reunión 7 en tan sólo cinco años de la integración de los ODM en el VIH / SIDA. El potencial para cumplir con el ODM 6 7 objetivo para 2015 es aún incierto debido a la interferencia política. Vulnerabilidades altas de las mujeres embarazadas y las mujeres en general, así como los jóvenes de entre 24-29 años, podría limitar la ampliación de los casos de VIH / SIDA más intervenciones si no se movilizan recursos para revitalizar los esfuerzos en estos indicadores. Aunque pudiera parecer que no todos los cuatro indicadores del objetivo 7 se logrará, es tal vez más importante reconocer buen marco jurídico y las políticas puestas en marcha para huérfanos y niños vulnerables y realizar un seguimiento de si el ritmo del progreso de los niños va a mejorar. El impacto del mercadeo social en que afecta a personas de moverse sabiendo a la práctica con respecto al uso del preservativo en relaciones sexuales de riesgo especialmente alto encuentros parece insignificante como muy pocos cambios entre 2003 y 2008, ya que los resultados han demostrado GDH.

REFERENCIAS

AED (2011). AED Approaches to Social Marketing. Academy of Educational Development (AED: Ideas Changing Lives).

Agyei-Mensah, S. (2001). Twelve Years of HIV/AIDS in Ghana: Puzzles of Interpretation. *Canadian Journal of African Studies/Revue Canadienne des Études Africaines*, 35(3), 441-472.

Amoa, S.A. (2005). Overview of HIV/AIDS Situation in Ghana and Ghana's National Response (Ghana Multi-country HIV/AIDS Programme [MAP]). Presentation given at World Bank Head Office, Washington, DC.

Anarfi, J.K. (1993). Sexuality, migration and AIDS in Ghana - A socio-behavioural study. *Health Transition Review*, 3, Supplementary Issue, 1-22.

Communication Impact (2003). Stop AIDS Love Life in Ghana "Shatters the Silence". Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health's Center for Communication Programs (CCP) Impact! February 2003, Number 15.

Faria, C. (2008). Privileging prevention, gendering responsibility: an analysis of the Ghanaian campaign against HIV/AIDS. *Social and Cultural Geography*, 9(1), 41-73.

GAC (2009). The HIV and AIDS programme of work 2009. Accra Ghana. Ghana AIDS Commission (GAC).

Goodell, A. (2009). The beginning:" An analysis of the dynamics, vulnerabilities, and policies of the HIV/AIDS epidemic in Ghana. Unpublished [//alexgoodell.com/files/Ghana_aids2.pdf](http://alexgoodell.com/files/Ghana_aids2.pdf) (accessed 03/08/2011).

IAEG (2011). Millennium Development Goals Indicators. The official United Nations Inter-agency and Expert Group on MDG Indicators & responsible for the preparation of data and analysis to monitor progress towards the MDGs.

Konotey-Ahulu, F. (1989). What is AIDS? Worcester. Tetteh-A'Domeno Publishing Company.

NACP (2010). HIV Sentinel Survey 2009 Report. The National AIDS/STI Control Programme (NACP) and the Ghana Health Service (GHS) HIV Sentinel Survey Report.

NACP (2011). HIV Sentinel Survey 2010 Report. The National AIDS/STI Control Programme (NACP) and the Ghana Health Service (GHS) HIV Sentinel Survey Report.

NDCP/UNPD-Ghana (2010). 2008 Ghana Millennium Development Goals Report. National Development Planning Commission (NDPC)/ Government of Ghana and the United Nations Development Programme (UNDP) Ghana.

Odoro, F. (2004). Parliament, Politics and AIDS: The Case of Ghana. The Center for Democratic Development, Ghana's Governance and AIDS Project: African Research parliamentary Research Project.

Sauvé, N.; Dzokoto, A.; Opare, B.; Kaitoo, E. E.; Khonde, N.; Mondor, M. et al. (2002). The Price of development: HIV Infection in a Semi-urban Community in Ghana. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 20(4), 402-408.

USAID/Ghana (2010). HIV/AIDS Health Profile. USAID/Ghana No. 24 Fourth Circular Road Cantonments Accra, Ghana www.usaid.gov/our_work/global (accessed 19/09/2011).

Yankah, K. (2004). Narrative in Times of Crisis: AIDS Stories in Ghana. *Journal of Folklore Research*, 41(2), 181 - 198.