



# SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DEL PROYECTO PAÍS 2007

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo  
para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”



## **Sistematización de experiencias del Proyecto País 2007**

---



# **Sistematización de experiencias del Proyecto País 2007**

---

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades  
de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

*Laura Saavedra  
Ana Kukurutz  
Gabriel Calvi*

**UBATEC S.A.**

Saavedra, Laura

Sistematización de experiencias del Proyecto País 2007 / Laura Saavedra ; Ana Kukurutz ; Gabriel Calvi. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ubatec SA, 2008.

94 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-24722-4-5

1. Sida-Prevención. 2. Sida-Control. I. Kukurutz, Ana II. Calvi, Gabriel III. Título CDD 362.196 979 2

Fecha de catalogación: 23/10/2008.

© UBATEC S.A. (2008) Viamonte 577 5° piso (C1053ABK)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina  
www.ubatec.uba.ar

UBATEC S.A. – Receptor Principal

Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”  
Apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora General de UBATEC S.A.: Dra. Laura Boveris  
Coordinador Técnico del Proyecto País: Dr. Rodolfo Kaufmann  
Responsable de Área de Monitoreo y Evaluación: Dr. Eduardo Chávez Molina  
Supervisión de Contenidos: Dra. Ana Lía Kornblit

Edición y corrección: Malala Carones

Diseño e ilustración: María Cecilia Cambas y Vladimir Merchensky

Colaboración: Lic. Carolina Casullo y Lic. Romina Stein

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora de la investigación: Lic. Laura Saavedra.

 **Eudeba**

Impreso en Argentina

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723

*Los puntos de vista aquí descritos no representan la opinión del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, ni hay aprobación o autorización de este material en forma expresa o implícita por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.*

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este material, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito de UBATEC S.A.

## Índice

Presentación .....	9
1. Introducción .....	11
2. Caracterización de los proyectos según los coordinadores .....	19
3. Los resultados alcanzados: opiniones y percepciones de los coordinadores .....	33
4. Los relatos de los promotores .....	51
5. Evaluación de los proyectos desde la perspectiva de los beneficiarios .....	65
6. La efectividad de ciertas prácticas y su fundamentación .....	73
7. Principales resultados .....	87
Bibliografía .....	93





## Presentación

El propósito de esta serie es dar a conocer y difundir los estudios sociales vinculados al VIH/sida realizados durante la ejecución del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, gestionado por UBATEC S.A. durante el período 2006-2008.

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, cuyo propósito es aumentar radicalmente los recursos para enfrentar las tres enfermedades más devastadoras del mundo, ha brindado un soporte económico significativo para apoyar los proyectos y programas orientados a la prevención, control y tratamiento del VIH/sida en nuestro país.

En Argentina, el Proyecto ha tenido como objetivo principal abordar el VIH/sida en tres áreas: prevención para población general y específica, mejora de la calidad de vida de las personas que viven con la enfermedad y fortalecimiento de la capacidad operativa del sistema de salud comprometido en el área.

Desde el año 2006, UBATEC gestionó la implementación de las líneas de acción fijadas por el Mecanismo Coordinador País (órgano político-estratégico del Proyecto) contando con la supervisión de Price Waterhouse & Coopers en calidad de Agente Local del Fondo Mundial.

Para UBATEC ha sido un honor y un desafío formar parte de la trascendental misión del Fondo Mundial en Argentina. Asumimos este compromiso desde el comienzo, con la convicción de que nuestra participación permitiría fortalecer todas las acciones que se desarrollaran en el país para prevenir y mejorar el control local de la pandemia. Esperamos que esta investigación y sus resultados permitan profundizar nuevas experiencias y concretar resultados en las políticas sociales y de salud en Argentina, siendo un valioso aporte para el desarrollo de acciones vinculadas con el VIH/sida.

*Laura Boveris  
Directora General  
UBATEC S.A.*



# 1. Introducción

## 1.1. Contextualización de la investigación

Desde el año 2002, en el marco del proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control de VIH/Sida en Argentina” –financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y gestionado en su segunda etapa por UBATEC–, se han desarrollado diversas iniciativas (subproyectos) orientadas a la prevención de la transmisión del VIH, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida y el fortalecimiento de la gestión de la respuesta gubernamental a la epidemia. El objetivo de estas páginas es presentar una sistematización de las experiencias desarrolladas durante 2007 por el conjunto de estas iniciativas,<sup>1</sup> con el horizonte puesto en identificar fortalezas y debilidades de las actividades de prevención y control más difundidas, indagar en torno a las expectativas y demandas de los distintos actores involucrados, analizar los principales logros alcanzados y detectar aquellas prácticas que reportan mayores resultados a cada subproyecto.

Los subproyectos se encuentran clasificados en siete líneas de acción principales, que se corresponden con una variada gama de objetivos específicos (OE), cada uno de los cuales está vinculado con poblaciones que

---

<sup>1</sup> Complementándose con un análisis comparativo de los resultados arrojados por el informe de la sistematización de experiencias de proyectos 2006 cuando es factible desde una mirada metodológica. Este estudio se desarrolla en función de la revisión de los resultados presentados en el informe “Encuesta sobre Sistematización de Experiencias (2006)” (coordinador del estudio: Raúl Jorrot, UBATEC, mimeo) y respeta en gran medida los cuestionarios aplicados anteriormente, a los fines de no perder factibilidad de comparación con los resultados del informe de 2006.

se caracterizan por experimentar una situación de vulnerabilidad incrementada respecto de la transmisión del virus del sida: OE 1.2.1) prevenir la transmisión del VIH en Grupos Vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH); OE 1.2.2) prevenir la transmisión del VIH en Grupos Vulnerables (PPL); OE 1.2.3) prevenir la transmisión madre-hijo/a (TV); OE 1.2.4) prevenir la transmisión del VIH en población en situación de pobreza; OE 1.2.5) niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo; OE 2.1.1) fortalecer las capacidades de las PVVS y sus grupos de pertenencia y mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/sida; OE 2.2.1) promover el cuidado de niños huérfanos afectados por el VIH/sida.<sup>2</sup>

Las organizaciones responsables de la implementación de estas acciones van desde instancias gubernamentales –de nivel nacional, provincial o local– hasta organizaciones no gubernamentales (ONG) y de la sociedad civil (OSC). Asimismo, existen tres tipos de modalidades de gestión de los subproyectos: los de *gestión sectorial* (GS) son aquellos para los cuales resulta indispensable la asociación con instancias gubernamentales de referencia (instituciones penitenciarias o educativas, por ejemplo); los de *gestión de base territorial* (GT) son subproyectos que, por sus características, deben tener en cuenta la división política del país y para los cuales se requiere lograr el compromiso con instancias organizativas locales; los subproyectos de *gestión por línea de acción* (SR, subreceptor) son iniciativas aprobadas que resultan de llamados a concurso de propuestas. En la Tabla 1 se distribuyen los 119 proyectos vigentes en 2007 según OE y modalidad de gestión.

Indudablemente, las diferencias que los subproyectos mantienen en estos dos aspectos centrales –modalidad de gestión y objetivo específico/línea de intervención– se reflejan en sus particulares estructuras organizativas. Sin embargo, en todos los casos es posible identificar tres tipos de agentes involucrados en las actividades desarrolladas por cada iniciativa. El *coordinador* del subproyecto es el principal responsable de su diseño e implementación, elabora estrategias, programa las actividades, selecciona y organiza equipos de trabajo y activa los vínculos necesarios con otras organizaciones. Los *promotores* son quienes están encargados de las acti-

<sup>2</sup> UD: usuarios de droga; TS: trabajadores sexuales; GLTTB: gays, lesbianas, travestis, transexuales, bisexuales; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; PPL: personas privadas de la libertad; TV: transmisión vertical; PVVS: personas que viven con VIH/sida.

vidades programadas en cada una de las iniciativas, y tienen como principal función entrar en contacto directo con la población objetivo. Algunos de los promotores son *pares* de la población objetivo, es decir, comparten las mismas características de los potenciales beneficiarios del subproyecto en cuestión.<sup>3</sup> Los *beneficiarios o población objetivo* son el conjunto de personas a quienes están destinadas las distintas actividades de promoción, prevención o cuidado previstas en cada subproyecto.

**Tabla 1. Cantidad de proyectos según objetivo específico y modalidad de gestión (2007)**

OE	Modalidad de gestión			Total
	GS	GT	SR	
1.2.1	0	0	20	20
1.2.2	11	0	0	11
1.2.3	6	14	4	24
1.2.4	0	0	25	25
1.2.5	0	1	10	11
2.1.1	15	0	9	24
2.2.1	0	0	4	4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>72</b>	<b>119</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos de UBATEC 2007.

Identificar aspectos que son comunes a distintos subproyectos –tales como OE al que apuntan y agentes involucrados– permite hacerlos comparables entre sí y es el punto de partida de la sistematización de experiencias realizada.

Resulta importante señalar en este punto que para la indagación de *prácticas efectivas* se ha recurrido, en principio, al concepto de “buenas prácticas” utilizado en la “Encuesta sobre Sistematización de Experiencias”.

<sup>3</sup> A efectos de evitar la sobrecarga de la lectura, cuando se haga referencia a promotores y promotores pares se utilizará solamente el término *promotor*. Cuando sea necesaria la distinción se hará referencia a los dos términos.

cias (2006)”, entendiendo por tales a aquellas experiencias que los responsables de los subproyectos hayan llevado a cabo con éxito y que consideran que son más efectivas que otras, realizadas con el mismo propósito y la misma población. No obstante ello, corresponde aclarar que si bien el concepto de *buenas prácticas* tiene por un lado una cara virtuosa –dado que remite a aquellas acciones que cuentan con resultados positivos en las condiciones de vida de poblaciones específicas o en el desarrollo de una localidad y que por ello resulta importante observarlas y aprender de ellas–, presenta también un costado relativamente riesgoso: de la idea de buena práctica a la idea de la “recomendación enlatada”, es decir, una propuesta rígida sobre lo que hay que hacer sin tener en cuenta la cultura ni la idiosincrasia de las poblaciones beneficiarias o de una localidad, sólo hay un paso.<sup>4</sup> Es por ello que, en este particular aspecto, la indagación se ha centrado en aquellas acciones que contribuyeron a fortalecer a las personas, comunidades y organizaciones para que puedan ser actores y transformar positivamente su propia vida.<sup>5</sup> Así, además de evaluar la efectividad partiendo de la relación dicotómica “resultados alcanzados-objetivos planificados”, se buscó incorporar la perspectiva de los agentes involucrados (beneficiarios, promotores y coordinadores). De este modo, tanto la adecuación de los resultados a las necesidades de la población como la sustentabilidad, asociada a la formación y desarrollo de capacidades para la autoorganización, a la capacidad de gestión económica del subproyecto y a las redes establecidas en sus respectivos ámbitos, fueron aspectos especialmente considerados.

## 1.2. Propuesta metodológica

La sistematización de experiencias implica, en términos generales, relevar y sistematizar información, esto es, ordenar lo disperso o desordenado (prácticas, conocimientos, ideas, datos, percepciones, opiniones, etc.), para entender lo que sucedió en una experiencia particular y expli-

---

<sup>4</sup> Cf. BID-OBSERVATORIO SOCIAL (2006): Presentación Institucional. Programa para el Análisis de Procesos Participativos de Diseño e Implementación de Políticas Sociales. Buenos Aires.

<sup>5</sup> Cf. SIEMPRO/UNESCO (1999): *Gestión integral de programas sociales orientada a resultados*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

car por qué se obtuvieron determinados resultados –y no otros–, con el objeto de orientar la práctica en el futuro.

La utilidad principal de la sistematización consiste en reconstruir la historia desde la perspectiva de los actores involucrados y analizar esta reconstrucción, de manera de extraer lecciones que permitan asociar el proceso mismo a los resultados. Constituye, pues, un insumo fundamental para ajustar las estrategias de acción pasadas y mejorar las intervenciones en futuras experiencias. Así, la sistematización permite transformar el aprendizaje de la experiencia en conocimiento, compartirlo y validarlo.<sup>6</sup>

La sistematización cuyos principales resultados aquí presentamos fue realizada entre octubre y diciembre de 2007. Abarca cuatro tipos de relevamientos destinados a los distintos tipos de agentes involucrados: dos de ellos fueron realizados a los coordinadores o responsables de los subproyectos; uno a los promotores y promotores pares, y el restante a los beneficiarios.

Los relevamientos a coordinadores se implementaron en dos tiempos. Una primera encuesta se basó en la aplicación a la totalidad de los casos de un cuestionario predominantemente basado en preguntas con alternativas fijas, pero con algunas preguntas abiertas. Este relevamiento se realizó bajo dos modalidades simultáneas: *a)* en los talleres de planificación y evaluación que se llevan a cabo desde UBATEC, se entregó un formulario a cada coordinador; *b)* para quienes no tuvieron oportunidad de responderlo en dicho marco, el cuestionario les fue enviado vía correo electrónico. Respondieron finalmente a este cuestionario 98 responsables. El segundo relevamiento a coordinadores descansó en entrevistas personales con una muestra de 31 casos, basadas en un formulario con preguntas predominantemente abiertas. El diseño muestral contempló la presencia de todas las zonas geográficas y los objetivos específicos de los proyectos.

El estudio de promotores y promotores pares se centró en entrevistas personales con dos miembros de cada subproyecto de la muestra –en algunos casos sólo se pudo entrevistar a uno–, lo que totalizó finalmente 57 entrevistas, a partir de un cuestionario semiestructurado, con pregun-

---

<sup>6</sup> Cf.: BERDEGUÉ, J.; OCAMPO, A.; ESCOBAR, G. (2002): *Sistematización de experiencias locales de desarrollo agrícola y rural. Guía Metodológica, Versión 2*. Buenos Aires, FIDAMERICA-PREVAL; KREMENTCHUTZKY, S. (2003): Documento de trabajo "Sistematización de experiencias: su importancia y pertinencia para PRODERNEA-PRODERNOA". Buenos Aires.

tas abiertas y con preguntas con alternativas fijas. Finalmente, el relevamiento de beneficiarios también se realizó en entrevistas personales a 41 beneficiarios de los subproyectos de la muestra, a partir de un formulario con preguntas abiertas y con preguntas con alternativas fijas. Cabe aclarar que los beneficiarios contactados son relativamente nuevos en los subproyectos,<sup>7</sup> pocos de ellos superan el año de participación.

### **1.3. El equipo investigador**

La responsable técnica del estudio fue la Lic. Laura Saavedra. Gabriel Calvi y Ana Kukurutz fueron los consultores senior; y Sonia Ramella y Jorge Arias Almonacid, los consultores junior.

### **1.4. Estructura de la presentación**

El presente trabajo se estructura en cinco apartados. En principio se presenta una “Caracterización de los proyectos según los coordinadores” a partir del cuestionario aplicado a todos ellos. En esta caracterización se encuentran las actividades que realizan los coordinadores, los factores facilitadores en la implementación de los proyectos, las redes, interrelaciones y articulaciones que se entablan para la gestión de los proyectos, las expectativas de continuidad y una breve autoevaluación y evaluación de UBATEC.

A continuación, en el apartado denominado “Los resultados alcanzados: opiniones y percepciones de los coordinadores”, se abordan –en función de las entrevistas personales a 31 coordinadores– las aspiraciones y objetivos esperados y la concreción de los resultados, aquellos logros más específicos en el entrenamiento de los promotores y la mejora de la capacidad de los actores para las tareas de implementación de la prevención. Asimismo, se mencionan los aspectos problemáticos y necesarios para mejorar los proyectos y una evaluación que comprende las lecciones aprendidas de la implementación de los proyectos.

Luego se detallan “Los relatos de los promotores” en base a las entrevistas realizadas a 57 de ellos. Se abordan su experiencia de trabajo, las capa-

---

<sup>7</sup> En el resto del trabajo los subproyectos serán mencionados como proyectos por lo ameno y la pertinencia del término.



citaciones, el desempeño del trabajo y una evaluación tanto de sus tareas como de la efectividad de los proyectos.

Más adelante se presenta una “Evaluación de los proyectos desde la perspectiva de los beneficiarios”, en base a entrevistas con 41 de ellos, donde se narran las actividades en las que participan y su utilidad, una evaluación de los proyectos y sus experiencias en VIH, especificando la modificación de sus prácticas personales y aprendizajes en relación con el VIH.

Por último, se encuentra “La efectividad de ciertas prácticas y su fundamentación”, de acuerdo a las respuestas dadas por los coordinadores en el cuestionario aplicado a la totalidad de los mismos. Allí se comentan las prácticas efectivas que mencionaron y una clasificación de ellas, las razones que las explican –también mediante una tipología– y se destacan las seis prácticas efectivas más señaladas.

Finalmente, se esbozan los principales resultados de la presente sistematización, identificando las debilidades y fortalezas de las actividades de prevención y control más difundidas, las expectativas y demandas aún no satisfechas y la efectividad de las prácticas relacionadas, principalmente, con los logros alcanzados.



## 2. Caracterización de los proyectos según los coordinadores

### 2.1. Las actividades que realizan los coordinadores

Los coordinadores son los responsables máximos de la planificación, ejecución y seguimiento de los proyectos. Específicamente, sus actividades básicas para poner en marcha los proyectos son la capacitación a promotores, la realización de actividades comunitarias y el desarrollo y difusión de materiales de prevención y sensibilización.

La información sobre prevención de la transmisión del VIH/sida es el contenido que más incorporan los coordinadores en estas actividades, tanto en 2006 (83,6%) como en 2007 (79,5%). Otros contenidos considerados en gran medida son aquellos relativos al estigma y discriminación de las personas que viven con VIH/sida y la promoción de ciudadanía y derechos, que rondan entre un 38,5% y un 76,7% según la actividad.

Cabe destacar que, en las actividades comunitarias, los temas de género en relación con la epidemia cobran mayor importancia en comparación con 2006, ya que son considerados por el 71,5% de los coordinadores en 2007, mientras que el año anterior alcanzaban al 56,2%.

La mayoría de los coordinadores de proyectos considera que fue necesario capacitar tanto a los promotores (82%) como a los pares (86%). Casi todas las actividades de capacitación, tanto a promotores (92%) como a pares (89%), contemplaron el entrenamiento en habilidades para trabajar con la población objetivo.

Entre las estrategias implementadas en el entrenamiento de los promotores y de pares prácticamente no hay diferencias, y las de mayor relevancia (entre 6 y 8 de cada 10 casos) son: recomendaciones para acercarse entre pares, acompañamiento y supervisión a nuevos promotores por los más experimentados, dramatización en talleres/ejercicios de simulación entre promotores, participación en talleres comunitarios, supervisión capacitante y recorridas por zonas de trabajo.<sup>8</sup>

En el caso de los proyectos cuya población objetivo son los niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo, la proyección de videos constituye una estrategia relevante en el entrenamiento a promotores y pares (la capacitación a promotores: 74,4% y la capacitación a pares: 87,2%).

**Tabla 2. ¿Cómo se realizó ese entrenamiento? (¿en qué consistió?). Promotores y pares (en %)**

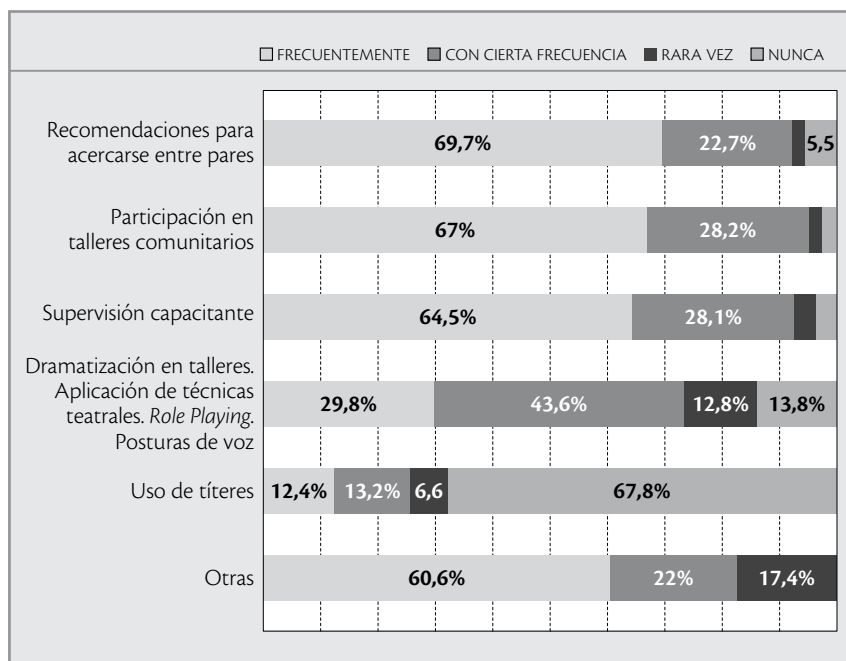
	Promotores	Pares
Recomendaciones para acercarse entre pares	82,6	80,1
Acompañamiento y supervisión a nuevos promotores por los más experimentados	79,2	71,3
Dramatización en talleres / Ejercicios de simulación entre promotores	71,1	70,3
Participación en talleres comunitarios	67,2	69,1
Supervisión capacitante	62,2	70,8
Recorridas por zonas de trabajo	60,9	59,4
Entrenamiento en habilidades para hacer talleres breves	57	59,6
Entrenamiento <i>in situ</i> de manejo de grupos	56,3	47,2
Dramatización en talleres / Aplicación de técnicas teatrales / <i>Role Playing</i> / Posturas de voz	51,2	56,7
Proyección de videos educativos	48,1	42,9
Uso de títeres	10,7	8,3
Otros	28,3	19,5

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

<sup>8</sup> Esta estrategia es implementada en menor medida en los proyectos cuya población objetivo son las PPL (29,4% en el caso de la capacitación a promotores y sin datos en el caso de la capacitación a pares) y en aquellos proyectos cuya población objetivo son los niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo (43,6% en el caso de la capacitación a promotores y 56,4% en el caso de la capacitación a pares), debido muy probablemente a la naturaleza de la población objetivo.

En lo que atañe al entrenamiento de promotores en habilidades para trabajar con la población objetivo, las actividades realizadas por los coordinadores de manera frecuente son: recomendaciones para acercarse entre pares (69,7% de los casos), participación en talleres comunitarios (67%) y supervisión capacitante (64,5%). En 2006 estas actividades también fueron realizadas frecuentemente por los coordinadores.

**Gráfico 1. ¿qué actividades se realizaron en el entrenamiento en habilidades para trabajar con la población objetivo?**



Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

El 79% de los coordinadores tiene prevista la evaluación o el seguimiento de las tareas que luego desarrollan los promotores y pares en la comunidad. La mayoría de ellos proyecta utilizar los siguientes mecanismos:

- » Encuentro de evaluación con promotores (mencionado por el 85,9% de los coordinadores),
- » Archivo fotográfico de ciertas actividades (84,9%),

- » Informe de intervenciones hecho por el promotor (83,9%),
- » Supervisión capacitante de promotores a pares (82%),
- » Compartir las recorridas previstas por promotores (77,9%),
- » Otras: entrevistas a profesionales de centros de salud y efectores de salud, intercambio con otras organizaciones, opiniones de la población objetivo sobre las intervenciones (81,3%).

Los requisitos que los coordinadores consideran más apropiados para que una persona se convierta en un nuevo promotor (tanto en 2006 como en 2007) son: compromiso, responsabilidad, capacidad de escuchar, tener buena llegada a la población objetivo, sensibilidad social, predisposición a ampliar sus saberes sobre VIH/sida y capacidad de observar.

Las estrategias preponderantes, desarrolladas por casi todos los coordinadores (entre 7 y 8 de cada 10) en sus actividades con la comunidad y consideradas por ellos como las más importantes, son: la provisión de preservativos, sensibilizar a población vulnerable y brindar consejería. Otra estrategia ampliamente desarrollada especialmente por los coordinadores de proyectos de prevención de la transmisión vertical es la sensibilización a decisores en ámbitos de salud (81,9% de los casos).

A su vez, casi 8 de cada 10 coordinadores que trabajan con grupos vulnerables consideran estrategias preponderantes la realización de talleres y visitas permanentes en las zonas de trabajo como también el trabajo en la calle. Esta estrategia es tan importante para este grupo de coordinadores que en una escala de importancia –en la que 1 es muy poca importancia y 5 es la máxima importancia– le otorgan prácticamente el máximo puntaje (promedio 4,80).

Ahora bien, es importante decir en lo que atañe a las actividades que realizan los coordinadores con la comunidad, respecto de los programas de prevención, que existen además otras estrategias que ellos desarrollan y que consideran medianamente o muy importantes. La tabla de la página siguiente permite visualizarlas de acuerdo a una escala de importancia.

Finalmente, en lo que respecta al desarrollo y difusión de materiales de prevención y sensibilización, a través de los resultados obtenidos en las entrevistas semiestructuradas aplicadas a 31 coordinadores, se obser-

va que la mayoría de ellos responde que en su elaboración intervinieron diseñadores profesionales como también promotores. Asimismo, casi todos relatan que las piezas han sido testeadas en pequeños grupos de individuos para saber si el mensaje era comprensible.

**Tabla 3. Estrategias que desarrollan en actividades con la comunidad los programas de prevención. Puntajes promedio en base a escala de 1 a 5 (1: muy poca importancia, 5: máxima importancia)**

	2006	2007
Provisión de preservativos	4,11	4,88
Sensibilizar a población vulnerable	4,89	4,78
Consejería	4,79	4,66
Sensibilizar a decisores en ámbitos de salud	4,84	4,58
Sensibilizar a población general	4,42	4,56
Uso de espacios que promuevan la reflexión	4,58	4,53
Democratización del conocimiento	4,68	4,53
Derivación y acompañamiento	4,47	4,50
Entrega de sets de prevención	3,42	4,45
Participación activa en talleres	4,53	4,44
Visitas permanentes a zonas de trabajo	4,16	4,41
Talleres en las zonas de trabajo	4,37	4,36
Reconocimiento de “personas puente”	4,32	4,24
Trabajo en la calle	4,21	4,24
Rutinas de acercamiento a usuarios	3,89	4,23
Actividades lúdicas	4,11	3,73

Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

## **2.2. Factores facilitadores en la implementación del proyecto**

Entre 7 y un poco más de 9 de cada 10 coordinadores opinan que los factores facilitadores en la implementación del proyecto han sido:

- » Conocimiento de la población objetivo,
- » Experiencia en el trabajo,
- » Antecedentes de la organización ejecutora,
- » Articular acciones con otras OSC y centros de salud,
- » Contactos previos con distintos actores sociales,
- » Planificación y monitoreo,
- » Flexibilidad de trabajo del equipo,
- » Promotores receptivos a nuevas propuestas.

Además, hay otros factores que fueron mencionados como facilitadores en la implementación de los proyectos, pero son nombrados en gran medida por los coordinadores de algunas líneas específicas de proyectos.

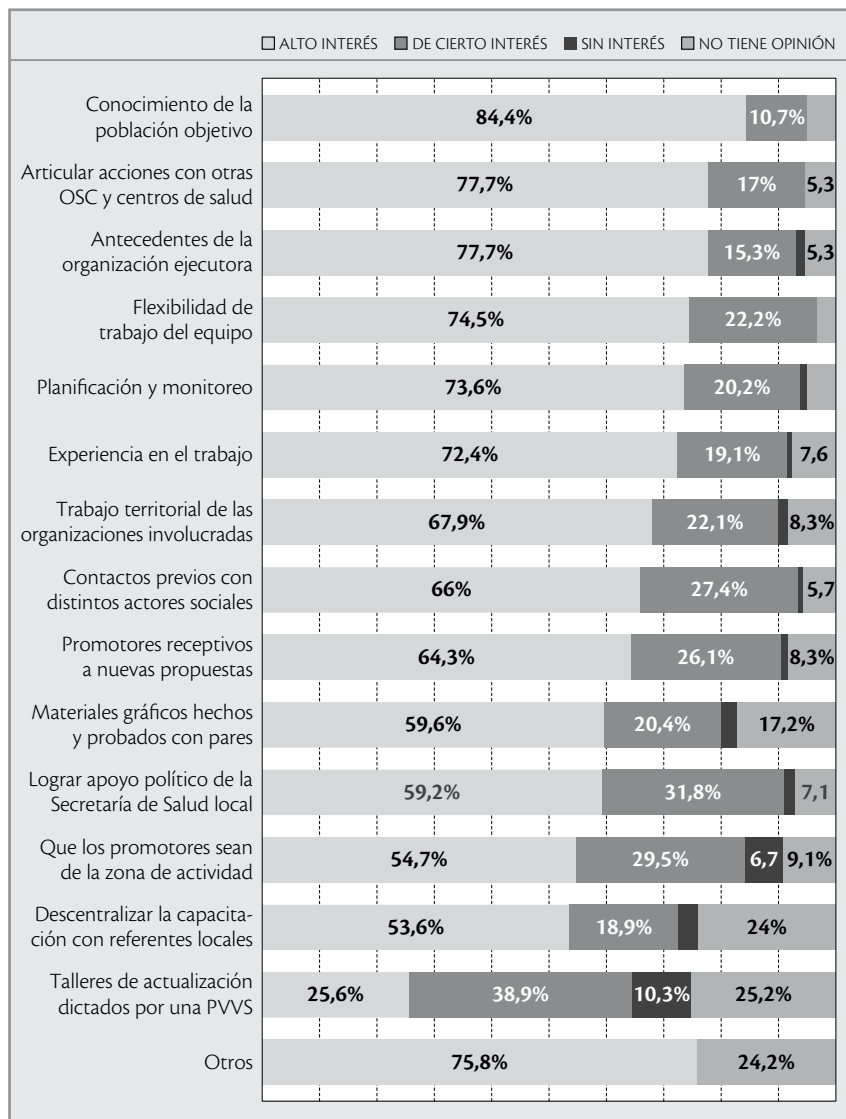
De esta manera, lograr apoyo político de la Secretaría de Salud local es un factor facilitador bastante mencionado por los coordinadores de proyectos cuya población objetivo son grupos vulnerables (74,6%), transmisión vertical (81,9%), PVVS y sus grupos de pertenencia (74,2%). Que los promotores sean de la zona de actividad es un factor muy nombrado por los coordinadores de proyectos de grupos vulnerables (86%), población en situación de pobreza (78,9%) y niños huérfanos afectados por el VIH/sida (75%). El trabajo territorial de las organizaciones involucradas es señalado por el 84% de los coordinadores de proyectos que trabajan con población en situación de pobreza y por el 100% de aquellos que trabajan con niños huérfanos afectados por el VIH/sida. Materiales gráficos hechos y probados con pares es indicado por el 75,4% de los coordinadores de proyectos que trabajan con grupos vulnerables, por el 77,3% de quienes trabajan con PPL y por el 75% de los que realizan actividades con niños huérfanos afectados por el VIH/sida. Por último, descentralizar la capacitación con referentes locales es mencionado por el 74,6% de quienes trabajan con grupos vulnerables y los talleres de actualización dictados por una PVVS, por el 75% de los que trabajan con niños huérfanos afectados por el VIH/sida.

Asimismo, el nivel de interés que presentan los coordinadores por estos factores facilitadores es muy significativo para ambos años. Si se suman alto y cierto interés, los porcentajes son mayores al 60%.

A continuación, un gráfico correspondiente a 2007 muestra los factores facilitadores ordenados según grado de interés.



**Gráfico 2. Factores facilitadores para implementar los proyectos.**  
**(Escala de interés: 1, alto; 2, de cierto interés; 3, si carecen de interés; 8, si no tiene opinión sobre el caso)**



Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

A modo de síntesis, se puede decir que casi todas las acciones generan alto interés, si bien en primer lugar se destacan aquellas estrategias que involucran las relaciones con la población objetivo y con otras organizaciones que trabajan en el tema, lo cual redundará en una amplia experiencia de la organización ejecutora.

### 2.3. Redes, interrelaciones, articulaciones y contactos

Prácticamente todos los coordinadores se encuentran trabajando en interrelación o redes con otros organismos públicos principalmente o con OSC/ONG, según se aprecia en la siguiente tabla. Al respecto, cabe aclarar que es un requisito de elegibilidad de varias líneas de proyectos el establecimiento de interrelaciones entre organismos y su formalización en acuerdos.

**Tabla 4. ¿Están trabajando ustedes en interrelación o redes con otros organismos?**

	2006 (en %)	2007 (en %)
Sí, con organismos públicos	91,8	84,5
Sí, con OSC	68,5	67,5
Sí, con ONG	76,7	71,1
Sí, con otros	17,8	11,9
No se aplica	1,4	4,2

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

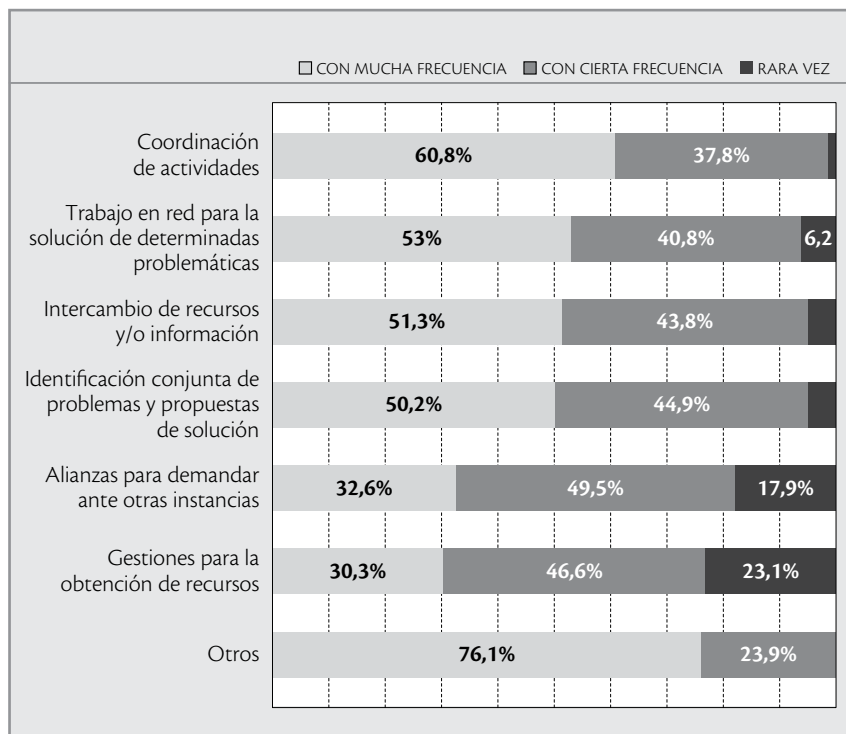
Las interrelaciones se llevan a cabo, en gran medida, con el fin de coordinar actividades, solucionar determinadas problemáticas e intercambiar recursos y/o información.

Cuando se les pregunta a los coordinadores cómo valoran estos vínculos mediante una escala de 1 a 5 –en la que 1 es muy baja valoración y 5, muy alta–, todos los tipos de interrelación son altamente valorados: en todos los casos el puntaje promedio es mayor a 4.

Un dato positivo es la probabilidad de continuidad de estas interrelaciones, ya que casi todos los coordinadores consideran que segura o probablemente estos vínculos se mantendrán una vez finalizado el proyecto.

Las razones, de acuerdo a sus relatos, son: “porque las relaciones preceden al proyecto”, “por la importancia del tema, porque el proyecto potenció los lazos”, “por el compromiso y la responsabilidad del grupo” y “porque el tipo de trabajo demuestra beneficios/fue positivo”.

**Gráfico 3. Frecuencia de los tipos de interrelación**



Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

Por otro lado, en el caso de los proyectos implementados por OSC, 6 de cada 10 proyectos tienen algún tipo de relación con los centros públicos de salud. Las relaciones que se tejen entre las organizaciones y estos centros tienen la particularidad de ser solidarias: cada cual otorga lo que el otro por sí solo no tiene la posibilidad de proveer. En este sentido, la relación más frecuente se establece para el acceso al análisis de VIH. Otro vínculo frecuente es el de asesoramiento y capacitación, más habitual en-

tre los proyectos que trabajan con niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo o con niños huérfanos afectados por el VIH/sida. Las restantes relaciones refieren a servicios de consejería, provisión regular de insumos y folletería, intercambio de recursos y servicios y, en menor medida, elaboración conjunta de proyectos.

### 2.3.a) Relación entre las OSC/ONG y los programas provinciales de sida

En 2006, más de la mitad de los coordinadores de proyectos de OSC/ONG mantenían una relación estrecha con el Programa Provincial de Sida, mientras que en 2007 estas relaciones estrechas se debilitan y crecen las más moderadas o nulas.

**Tabla 5. ¿Existe relación entre su proyecto y el Programa Provincial de Sida de su localidad?**

	2006 (en %)	2007 (en %)
Existe una relación estrecha	51,7	28,9
Existe una relación moderada	25,8	38,2
Existe una relación muy limitada	12,1	10,5
Prácticamente no existe relación	10,3	22,4

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

Las relaciones estrechas siguen siendo fuertes entre los proyectos que trabajan con niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo, mientras que las relaciones moderadas se dan más entre aquellos cuyos objetivos son prevenir la transmisión del VIH en grupos vulnerables, en las PPL, fortalecer las capacidades de las PVVS y sus grupos de pertenencia y mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/sida, y promover el cuidado de niños huérfanos afectados por el VIH/sida.

La concreción de las relaciones entre los proyectos y el Programa Provincial de Sida se da habitualmente para proveer regularmente de insumos y folletería (72,9%). También, aunque en menor medida, los vínculos tienen otras finalidades, como las articulaciones para el acceso a los análisis, intercambio de recursos y servicios, accesibilidad de los usuarios al

sistema de salud, asesoramiento y capacitación, servicios de consejería y elaboración conjunta de proyectos.

### *2.3.b) Relación entre los proyectos a cargo de los programas provinciales/nacionales o servicios de salud y las OSC que trabajan en sida*

En el caso de los proyectos que dependen tanto de programas provinciales o nacionales como de servicios de salud, la relación percibida es más estrecha que la de un año atrás, según se puede ver en la tabla siguiente.

**Tabla 6. ¿Existe relación entre su proyecto y las OSC que trabajan en sida?**

	2006 (en %)	2007 (en %)
<b>Existe una relación estrecha</b>	33,3	58,6
<b>Existe una relación moderada</b>	42,8	20,7
<b>Existe una relación muy limitada</b>	9,5	3,4
<b>Prácticamente no existe relación</b>	14,3	17,2

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

Las relaciones más estrechas se establecen principalmente entre los proyectos que dependen tanto de programas provinciales o nacionales como de servicios de salud que trabajan con el fin de prevenir la transmisión del VIH en grupos vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH) y prevenir la transmisión del VIH en población en situación de pobreza.

La mayoría de estos proyectos concreta su relación con las ONG o OSC con el fin de proveer servicios de consejería (81,1% de los casos), sobre todo aquellos que tienen como objetivos prevenir la transmisión del VIH en grupos vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH), prevenir la transmisión del VIH en población en situación de pobreza y fortalecer las capacidades de las PVVS y sus grupos de pertenencia y mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/sida.

La totalidad de estas relaciones aparecen como altamente adecuadas, aun más que lo percibido por las ONG y OSC, y estas articulaciones son consideradas provechosas por casi todos los coordinadores de estos proyectos.

**Gráfico 4. Adecuación de cada una de las relaciones**



Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

## 2.4. Expectativas de continuidad

Casi el 60% de los coordinadores de proyectos admite que se están gestionando fondos por fuera de los que reciben del Fondo Mundial; también hay muchos coordinadores (33,6%) que, si bien no los están gestionando, sí lo están considerando.

Quienes trabajan con grupos vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH), quienes aúnan sus esfuerzos para prevenir la transmisión del VIH en po-

blación en situación de pobreza y quienes trabajan con el objetivo de fortalecer las capacidades de las PVVS y sus grupos de pertenencia y mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/sida, son los coordinadores que en mayor medida se encuentran gestionando otros recursos.

A su vez, la mayoría de los coordinadores consideran bastante altas o muy altas las posibilidades de continuidad, lo que evidencia la responsabilidad con las tareas y el compromiso hacia la población a la cual dirigen sus esfuerzos.

**Tabla 7. ¿Cree usted que, al terminar el financiamiento del Fondo Mundial, las probabilidades de continuar con estas tareas serán...?**

	2006 (en %)	2007 (en %)
Muy altas	19,2	19,8
Bastante altas	45,2	42,2
Más bien un poco bajas	24,7	23,3
Muy bajas	8,2	10,3
No puede opinar	1,4	4,3
Sin respuesta	1,4	-

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

Las razones esgrimidas por los coordinadores que los llevan a tener altas expectativas son: “ya consiguieron más financiamiento”, “las responsabilidades del equipo”, “la experiencia”, “el tiempo que ya vienen trabajando” y “por el nivel de involucramiento con la comunidad”. Mientras que las “dificultades para conseguir financiamiento” se destacan como la única razón de una baja posibilidad de continuidad del proyecto.

## 2.5 Autoevaluación y evaluación de UBATEC

Cuando se les pregunta acerca del grado de satisfacción con la implementación del proyecto, los coordinadores responden positivamente con una alta puntuación promedio de 8,15 en 2007 y de 8 en 2006.

A su vez, la evaluación que hacen los coordinadores de proyectos en lo que refiere a los aspectos administrativos de UBATEC ha mejorado signi-

ficativamente, pasando de un puntaje promedio de 6,76 en 2006 a uno de 7,37 en 2007. Así también, la evaluación de la gestión de UBATEC en los aspectos de asesoramiento técnico, conceptual y metodológico ha mejorado con respecto a 2006 (promedio 2006: 7,74 y promedio 2007: 8,07).

Las razones más frecuentes de las evaluaciones positivas a UBATEC son:

**La capacidad técnica, la información recibida, el asesoramiento:** *“Por la dinámica, el asesoramiento, el apoyo y la capacitación”, “Las instancias de monitoreo, específicamente en el aspecto técnico, nos han sido de suma utilidad”.*

**Los vínculos establecidos:** *“Por el apoyo que brindan con su personalidad que no cesa en su compromiso de capacitarnos y por sobre todo, la paciencia para comprender las dificultades de la gente del interior”, “Comunicación estrecha y respuestas rápidas”.*

Mientras que las evaluaciones negativas se debaten, especialmente, entre las posiciones siguientes:

**Problemas administrativos/financieros:** *“En el tema administrativo y financiero, hubo bastantes retrasos y trabas”, “No cubre los gastos de movilidad que son indispensables para el trabajo de campo”.*

**Apoyo técnico:** *“Existen deficiencias en el conocimiento de la temática que se ponen en evidencia en el apoyo técnico y en las actividades que se promueven a tal fin”.*



## 3. Los resultados alcanzados: opiniones y percepciones de los coordinadores

### 3.1. Las aspiraciones y resultados del proyecto

Las percepciones que los coordinadores tienen sobre las aspiraciones y objetivos de los proyectos a su cargo remiten a aspectos generales que pueden ser aplicados a la totalidad de las líneas de intervención y es factible agruparlos en las siguientes definiciones: *a)* la promoción del cuidado y la captación e integración de la población objetivo para la prevención y el mejoramiento de su calidad de vida, *b)* el establecimiento de mecanismos de prevención/promoción que perduren en el tiempo, como la capacitación de pares que oficiarán de multiplicadores en el futuro, y *c)* la ampliación del alcance del proyecto, es decir, logros que han excedido los pautados originalmente u otros resultados además de los planificados. Ejemplos:

*“Me parece que, en líneas generales, está por un lado la ampliación de la llegada de AMMAR al interior provincial (...)”* (OE 1.2.1).

*“El fin último [del proyecto] es dejar formado acá [en el penal] un equipo de sida (...) para que ellos mismos después, en contacto con el programa de sida, puedan acceder a cada línea de trabajo con las personas que viven con el VIH... o hacer acciones de prevención y testeo”* (OE 1.2.2).

*“Los jóvenes y las mujeres se vuelven multiplicadores, replicadores y líderes barriales en la prevención del VIH/sida, una cosa más de pares”* (OE 1.2.4).

*“Ante todo, mejorar la calidad de vida de las personas a través del fortalecimiento, el empoderamiento, para que puedan manejarse solos y acompañar a sus pares, generar ese acompañamiento en ellos para que después lo reflejen con las demás personas” (OE 2.1.1).*

No obstante el carácter general de las definiciones aludidas, en las respuestas de los coordinadores, aquellas se manifiestan con diferentes grados de frecuencia de acuerdo a la población objetivo de cada proyecto. En lo que atañe a la promoción del cuidado para el mejoramiento de la calidad de vida, el fomento del testeo voluntario se destaca entre los proyectos de prevención de la transmisión vertical. La integración de la población objetivo resalta entre quienes trabajan con UD, TS, GLTTB y otros HSH y con PVVS.

La ampliación del alcance del proyecto en lo que refiere a la atención puesta en problemas de discriminación/estigmatización o de interiorización de derechos y el empoderamiento aparece con cierta frecuencia en aquellos proyectos orientados a las PPL y a otras poblaciones vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH, PVVS). La capacitación de pares que actuarán como multiplicadores en el futuro aparece con mayor frecuencia en los proyectos destinados a población en situación de pobreza y a niños inscriptos en el sistema educativo. Ejemplos:

*“Exactamente, tiene que ver eso y específicamente lo que más hacemos es todo el trabajo de la concepción de derechos: trabajar sobre el derecho a la salud, el derecho que tiene toda persona privada de la libertad” (OE 1.2.2).*

*“Lo que nosotras aspiramos a lograr en el proyecto es que las chicas tomen conciencia de la problemática y empoderarlas no solamente en relación a VIH (...) sino en cuanto ser humano, comportarte como cualquier ser humano, no sentirse diferente y actuar diferente ante los demás” (OE 1.2.1).*

*“El proyecto nuestro tiene dos finalidades: aumentar la percepción del riesgo de la transmisión vertical, y por eso, a través de la percepción del riesgo, tratar de disminuir la transmisión vertical” (OE 1.2.3).*

*“Llegar a la mayor cantidad de adolescentes de barrios de bajos recursos. Para ello capacitamos a 20 jóvenes y 4 consejeros que se distribuirían entre los barrios de la zona norte y zona sur. Salieron a recorrer los barrios, a trabajar con*

*sus pares en las escuelas y los vecindarios, con su misma forma de hablar, con sus códigos. A sus pares, los chicos les otorgan más atención” (OE 1.2.4).*

*“En realidad, a lo que aspirábamos en Formosa es que se acerquen las PVVS a un grupo de pares, difícil de lograr debido a la no visualización que tenemos en Formosa. Nadie quiere darse a conocer, ni siquiera el personal que trabaja en el hospital” (OE 2.1.1).*

En cuanto a los resultados de los proyectos, casi todos los coordinadores aluden al alcance de las aspiraciones/objetivos de los proyectos. Asimismo, entre sus respuestas se destaca la alta valoración de aquellos logros vinculados a la sustentabilidad/continuidad/perdurabilidad de las actividades que tienen a su cargo; esta respuesta es la aludida con mayor frecuencia. Ejemplos:

*“Nosotras vamos viendo que el objetivo nuestro no sólo se está cumpliendo sino que se está ampliando. Estamos teniendo más repercusión (...) Estamos notando que hay cierto interés de cierta población en el trabajo que estamos haciendo” (OE 1.2.1).*

*“Hemos podido llegar a escuelas donde no habíamos podido tener inserción, ya sean afines a la política sindical o no, no hemos tenido ningún rechazo de ninguna escuela a dar los talleres, lo cual para nosotros es un logro histórico; hemos logrado la flexibilización política en la conducción del sindicato, que también es muy importante (...) Que sea un proyecto que pueda perdurar en el tiempo, eso es lo que buscamos” (OE 1.2.5).*

Específicamente, tanto en materia de promoción del cuidado como en la captación e integración de la población objetivo para la prevención y mejoramiento de su calidad de vida, se mencionan cambios subjetivos de la población beneficiaria tales como el compromiso, la toma de conciencia y el empoderamiento. Resultados que refieren en mayor medida quienes trabajan con UD, TS, GLTTB y otros HSH y que se manifiestan, por ejemplo, en la aceptación de la entrega gratuita de materiales de profilaxis como también de promotores/pares por parte de poblaciones que no se comprometen fácilmente en virtud de las situaciones de discriminación y/o estigmatización que, en muchos casos, viven cotidianamente.

También, los avances en la promoción del cuidado se reflejan en un mayor conocimiento sobre el VIH/sida y en el uso y funcionalidad del preservativo, según los comentarios expresados por varios de los coordinadores de proyectos.

Varios de ellos hacen referencia al logro de la meta establecida, a la identificación de la población objetivo, al aprendizaje sobre el uso del preservativo y sus funciones, como al trabajo de atención e insumos que les brindan promocionando el cuidado. Ejemplos:

*“Exitosos... y en realidad, que quede una delegada en el interior para mí es exitoso. Porque no es fácil que las compañeras se comprometan, que las chicas tomen conciencia”, “Hemos logrado que vinieran un montón de chicas a buscar preservativos acá” (OE 1.2.1).*

*“Yo creo que en líneas generales es un proyecto que ha cumplido con sus objetivos. En este momento hay alrededor de unas 40 familias identificadas, con 180, aproximadamente, no recuerdo bien, chicos afectados por el VIH que están recibiendo algún tipo de atención, beneficios, insumos. Están dentro del programa, con lo cual nosotros teníamos una meta de dar a doscientos chicos: estamos” (OE 2.2.1).*

Quienes están a cargo de proyectos de prevención de la transmisión vertical señalan como logros de la promoción del cuidado aspectos relacionados al control de la transmisión, el diagnóstico o los servicios destinados a las madres y los cambios subjetivos de aquellas que viven con VIH/sida, como lo reflejan los siguientes testimonios:

*“(...) testeo voluntario, que es un logro”, “Se ha notado una disminución buena, podría decir, en los casos de nacimiento con VIH”, “El resultado fue precisar el diagnóstico, que para nosotros es muy importante” (OE 1.2.3).*

En lo que respecta a la captación e integración de la población objetivo, muchos coordinadores rescatan el desarrollo de actividades/herramientas facilitadoras, como la realización de bailes de diversidad sexual, la elaboración de una revista como espacio de reflexión, el trabajo en radios abiertas con spots sobre la prevención del VIH, el trabajo con canales de videocable o de televisión pública. Ejemplos:

*“Nosotros el 30 vamos a realizar el primer baile de diversidad sexual en Formosa”, “Y está la tercera actividad que es la elaboración de una revista, que ha pasado a ser un espacio de reflexión para ellos” (OE 2.1.1).*

*“La posibilidad de trabajar en radios abiertas con spots sobre la prevención del VIH y la creatividad que han logrado y producido, lo creativo y lo cultural ligado a la obra de teatro y a las murgas puestas al servicio de la prevención también”, “Hemos ya logrado el convenio con Canal 7 [canal de cultura de video-cable] (...) Y ahora creo, lo que me acabo de enterar [ahora, recién] es que la otra empresa de cable también nos va a incluir en su grilla y la televisión pública, el Canal 7” (OE 1.2.4).*

En lo que atañe al establecimiento de mecanismos de prevención/promoción que perduren en el tiempo, se pueden mencionar el logro de acuerdos interinstitucionales con algún grado de institucionalización (bastante frecuente en proyectos cuya población objetivo son las PPL, los jóvenes escolarizados y aquellos de prevención de la TV) y la instalación de un servicio de consejería o, al menos, de la problemática del VIH/sida en organismos en que se presenta una alta resistencia para el abordaje preventivo y la mejora de la calidad de vida, como es el sistema penitenciario. Ejemplos:

*“Realmente, para mí, el proyecto está siendo todo un logro porque hemos firmado convenio con todas las localidades (...) Talleres, reparto de preservativos gratuitos, la distribución de material y, fundamentalmente, al acompañamiento de las chicas a los hospitales” (OE 1.2.1).*

*“Yo creo que la creación del equipo de sida. Porque una vez que nos vayamos de acá nosotros... o sea, la cárcel en sí sigue funcionando con respecto al VIH”, “La verdad que lograr que se instale el servicio de consejería me parece un éxito terrible, porque lo venimos peleando” (OE 1.2.2).*

En los proyectos que buscan prevenir la transmisión vertical, se destacan el logro de acuerdos con cierto grado de institucionalización, como ya se comentó, y la instalación de servicios de consejería con promotores en hospitales; este último resultado es altamente positivo, dado que no todos los médicos son proclives a aceptar que actores tradicionalmen-

te ajenos al sistema hospitalario brinden servicios relacionados con la salud. Ejemplos:

*“Y los resultados, bueno... que ahora tenemos dos lugares en el hospital donde los promotores se pueden sentar a hablar con las mujeres sobre estos temas, sobre VIH...”, “Se creó una red de ginecólogos y acudió a los 11 lugares donde se les facilita la asistencia a personas con VIH, en prevención de la transmisión vertical y salud reproductiva” (OE 1.2.3).*

Cabe mencionar los relatos de aquellos coordinadores que destacan como logro la capacitación de pares que actuarán como multiplicadores posteriormente. Situación bastante frecuente en proyectos destinados a población bajo la línea de pobreza o jóvenes inscriptos en el sistema educativo. Ejemplo:

*“Nosotros capacitamos a las 80 promotoras del Plan Comer en Familia que tiene el Ministerio de la Familia y cada una de esas promotoras tiene a su cargo 30 familias” (OE 1.2.4).*

En cuanto a los resultados alcanzados en materia de ampliación del alcance de muchos de los proyectos, la obtención del boleto social para las PVVS, el empoderamiento de las trabajadoras sexuales, en tanto personas en situación de riesgo de prostitución, y su formación para una salida laboral futura son ejemplos de ello. Asimismo se menciona *“todo el trabajo de la concepción de derechos, sobre el derecho a la salud, el derecho que tiene toda persona privada de la libertad”*, habitual en proyectos cuya población objetivo son grupos vulnerables según se expresó anteriormente. Ejemplos:

*“Yo creo que los logros tienen que ver con esto: nadie ve que estos chicos que hoy en día están conectados con el sistema de salud o que han hecho el tratamiento, no estaban haciendo tratamiento. No estaban conectados con el sistema de salud... y los hemos podido reconectar”, “Uno fue la obtención de la ley del boleto social para las PVVS” (OE 2.2.1).*

*“Para mí, dos cosas: en primer lugar yo les remarco siempre a ellas lo mismo, nosotras... nos consideramos personas en situación de riesgo de prostitución, no trabajadoras sexuales... entonces empoderarlas a las chicas está*

*muy bien, pero también formarlas para que en algún futuro haya una salida laboral...” (OE 1.2.1).*

Finalmente, es apropiado destacar que sólo en un caso fue posible observar una respuesta de carácter negativo que refiere a una meta no alcanzada o un retroceso en función a los objetivos pautados:

*“Yo tengo que decirte que estoy desilusionada... este año tengo dos niños infectados... cuando voy a investigar las historias clínicas, una de las mamás que en un embarazo de hace dos años se había hecho el test de VIH, los dos tests, en este embarazo no llegó a hacerse los tests. No sé si no se lo solicitaron, si ella no fue a los controles, o qué pasó. O sea, eso hay que seguir viéndolo” (OE 1.2.3).*

### **3.2. Logros en el entrenamiento de los promotores**

Sobre la capacitación de promotores, gran parte de los coordinadores entrevistados responden que hubo exposición teórica, desarrollo de ejercicios y pautas para el trabajo en equipo durante el entrenamiento, que incluyó aspectos biomédicos (en 28 de 31 casos), sociales (en 30 de 31 casos), de género (en 26 de 31 casos) y de derechos humanos (en 29 de 31 casos). Al respecto, cabe aclarar que el 50% de ellos comentan que han realizado entre 2 y 4 reuniones (de aproximadamente 4 horas de duración) para capacitar a los promotores.

En cuanto a los logros del entrenamiento, casi todos los coordinadores señalaron que el mismo fue bueno o muy bueno, dependiendo de la capacitación en conocimientos y formación técnica o de los resultados obtenidos a partir del mismo. Lo que primó en estas diferencias es el hecho mismo del objetivo del entrenamiento. Así, entre algunos entrevistados, el entrenamiento se constituyó como base de transmisión de conocimientos o formación técnica de los promotores. Y, entre otros, fortaleció el trabajo en equipo y potenció la comunicación entre pares conjugando un lenguaje compartido.

Entre estas dos situaciones complementarias, existe una tercera situación relacionada con la formación en habilidades para transmitir conocimientos. De todos modos, las fronteras entre estos tres logros del entrenamiento dependen, también, de los objetivos planteados por los proyectos.

Es así como entre quienes trabajan con PPL fue necesaria una mayor formación en conocimientos, y un énfasis en estrategias para transmitirlos. Otros objetivos, en cambio, priorizan los resultados de tales entrenamientos, destacándose quienes trabajan en prevenir la transmisión del VIH en población en situación de pobreza y en fortalecer las capacidades de las PVVS y sus grupos de pertenencia y mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/sida. Ejemplos:

**Transmisión de conocimientos y formación técnica:** *“Se ha generado mucha riqueza de conocimiento y creo que forma parte de este proceso de cómo construir conocimiento, de que sea un ida y vuelta”* (OE 1.2.2).

**Resultados del entrenamiento:** *“Primero que las chicas pudieron más o menos, aparte de tener los conocimientos, de lo que es estrictamente médico, esto de no apartarse del objetivo que era el acompañamiento, la adherencia”* (OE 2.1.1).

**Formación en habilidades para transmitir conocimientos:** *“Yo creo que el empezar a manejar ciertos diálogos con lo personal. El hecho de que ellas puedan desenvolverse bien para sus pares, poder aprender la forma de cómo atraerlas a un taller o cómo desenvolverse bien para que usen preservativos”* (OE 1.2.1).

A su vez, casi todos los coordinadores entrevistados evalúan muy o bastante satisfactorios los conocimientos adquiridos por los promotores, sus habilidades y las competencias alcanzadas para transmitir lo aprendido.

La mayoría de estos coordinadores expresan que han aplicado un instrumento de evaluación para detectar los cambios producidos por el entrenamiento y consideran que promotores y pares están adecuadamente supervisados. Al respecto, cabe aclarar que la frecuencia con la cual se supervisan las actividades de los promotores no es independiente de la cantidad de reuniones que se realizan dentro del proyecto. Por lo general, hay al menos una reunión mensual en la cual se supervisan las tareas.

Los coordinadores entrevistados contemplaron diferentes formas de evaluación. Por lo general se pueden diferenciar estrategias formales (in-



formes escritos, listados de actividades cumplidas u observaciones) o informales (discusión de problemáticas, balances reflexivos, charlas). Las estrategias formales son utilizadas mayormente por los proyectos que trabajan con instituciones como escuelas (en el caso de niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo) y hospitales (en transmisión vertical), aunque cuentan también con cierta frecuencia en otros objetivos. Las estrategias más informales son casi exclusivas de los proyectos que cuentan con trabajo de pares y, sobre todo, con el objetivo de prevenir la transmisión en poblaciones vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH, PPL) o en situación de pobreza. Ejemplos:

**Estrategias formales:** *“Hay planillas de registros, se controla eso, registros de la actividad diaria, cuántos preservativos, cuántos folletos se entregan, cuántas embarazadas, cuántas mujeres se contactan para hacer consejería...”* (OE 1.2.3).

**Estrategias informales:** *“Después de cada actividad, lo que se hace a través de los comentarios y anécdotas se va revisando: se cumplió, no se cumplió, las dificultades que hubo, cómo hacer mejor o cómo entrar mejor con alguna actividad”* (OE 1.2.4).

En cuanto a los mecanismos que fueron instrumentando los diferentes proyectos para solucionar los problemas de los promotores, se observa que van surgiendo espontáneamente a partir de las diferentes actividades. En este sentido, el diálogo y la comunicación permanente –cualquiera sea su espacio– constituyen mecanismos implementados mayoritariamente. Ejemplos:

*“Me llaman por teléfono a mi casa, me llaman del teléfono fijo que está en la cárcel... me llaman y me consultan... ‘me falta papel afiche’ o...”* (OE 1.2.2).

*“El trabajar desde la empatía: ¿qué te está pasando?, ¿cómo estás?...”* (OE 2.2.1).

Por otro lado, cabe destacar que los coordinadores coinciden en la diversidad de propuestas que han hecho los promotores y pares para mejorar sus tareas. Los esfuerzos están puestos, sobre todo, en cambios de horario y redistribución de espacios para lograr un mayor alcance a la población objetivo. En el caso de algunos promotores que trabajan con población en situación de pobreza, la adaptación de horarios y espacios se

da en el marco de propuestas sumamente creativas, como el armado de una kermés o la organización de una murga con el fin de repartir folletos y preservativos. Ejemplos:

*“La kermés la armaron los promotores”, “De ellos fue la idea de organizar una murga en la que se reparte folletería y preservativos” (OE 1.2.4).*

*“En el día a día en el hospital, ellos van mejorando... por ejemplo, la folletería trae la información pero por ahí no decía dónde trabajaban ellas o dónde las podían ubicar. Entonces, crearon un sello... o sea, cada lugar tiene un horario distinto de consejería, entonces para informar ponen eso. Otro tema podría ser la reubicación de la consejería y promoción en los distintos espacios” (OE 1.2.3).*

Más allá del trabajo efectivo de los promotores, hay personas de la población objetivo que buscan directamente el apoyo de los coordinadores, según sus relatos. Para aquellos que trabajan con PVVS y sus grupos de pertenencia, son significativas las demandas en consejería. Ejemplo:

*“En consejería. Nosotros tenemos el consultorio 8, en el pizarrón transparente, el número de teléfono de mi casa y el número de celular. Y en los afiches del hospital (...) La mayoría de las consejerías vienen acá. A mi casa van a cualquier hora, cualquier día, los que llegan de todos lados, caen, o llaman por teléfono, o por la computadora, como tengo internet, entran en el chat (...) En cómo seguir. En cómo remarla, o ‘tengo miedo de ir a hacérmelo’, estamos hablando de gente PVVS o potenciales PVVS” (OE 2.1.1).*

Los coordinadores de proyectos que trabajan con niños y jóvenes inscriptos en el sistema educativo responden que algunos docentes requieren asesoramiento pedagógico para abordar la prevención del VIH/sida con los alumnos.

Por su parte, para los coordinadores que trabajan con población en situación de pobreza y en prevención de la TV resultan comunes las demandas sobre planificación familiar ante la preocupación del embarazo adolescente:

*“Por ejemplo desde información, conocimiento, charlas en las escuelas, de cómo podemos prepararlos, todos se engancharon en el trabajo comunitario, andan dando charlas, porque tenemos un porcentaje muy alto de adolescentes*

*embarazadas, el 26% de las embarazadas son adolescentes. El medio del país está en 16%, nosotros siempre vamos unos 10 puntos más” (OE 1.2.3).*

### **3.3. Mejora de la capacidad de los actores para las tareas de implementación de la prevención**

Todos los coordinadores entrevistados consideran que mejoró la capacidad de los actores, tanto por el incremento de su calificación técnica como de administración en general para la implementación de tareas de prevención. Estas mejoras se expresan, por ejemplo, en el perfeccionamiento adquirido por los promotores para transmitir los conocimientos aprendidos en las capacitaciones, en el desarrollo de guías de supervisión por parte del equipo técnico y en la participación activa de algunos promotores pares en el proceso de implementación de convenios con organizaciones. Ejemplos:

*“Sí. La verdad es que a mí me asombra. Todos los días hay un cambio en las chicas. Antes por ejemplo, para ir a una reunión con un director de un hospital, siempre iba yo (...) En este caso, digamos, o sea... las compañeras han ido a hablar con cada uno de los directores del hospital del interior, logrando a su vez los convenios entre AMMAR y el hospital, ¿me entendés?” (OE 1.2.1).*

*“Algo que para mí fue un logro, una lección, es que una de las técnicas haya podido, con la capacidad que hoy tiene, por ejemplo, hacer la guía de supervisión sin necesidad de que esté yo, desde lo médico” (OE 1.2.3).*

A su vez, varios coordinadores de proyectos referidos a PPL consideran que también hay cambios subjetivos muy positivos en el personal del área de salud que trabaja en los institutos penitenciarios. Resaltan el mayor compromiso e involucramiento de parte de enfermeros, trabajadores sociales y médicos en la prevención del VIH/sida y la promoción del cuidado. Estos profesionales y técnicos que trabajan en el sistema penitenciario modifican sus valores y actitudes, reconociendo la importancia de la consejería para las PPL y buscando fortalecerla en estas instituciones. Al respecto, comienzan a tomar conciencia no sólo de la importancia de otorgar los resultados del test de VIH para que, en caso de dar un resultado positivo, la persona tenga la oportunidad de empezar a cuidarse, sino también

de que el asesoramiento antes y después del test es un derecho que tiene todo ciudadano “y, por ende, toda persona privada de libertad”. Ejemplo:

*“Yo creo que ha mejorado bastante, este es el año que yo he logrado el trabajo intramuros con enfermeros que... jamás pensamos que el enfermero iba a estar al lado mío capacitándose en el tema del VIH, y ellos peleando entre sus compañeros que las cosas tienen que cambiar, que los chicos necesitan consejería, que hay que darles los resultados (...) Lo mismo con los profesionales, lograr que las asistentes sociales que trabajan en el instituto de clasificación dentro del penal, que solamente estaban para responder de oficio, ahora me digan: ‘Contá con nosotros por algún inconveniente, si te niegan la carga viral porque apareció con obra social, contá conmigo’, es un avance terrible. Otro de los avances es que el doctor D. haya derivado a... un médico que derive al servicio de consejería realmente... nunca, ellos jamás...” (OE 1.2.2).*

### **3.4. Aspectos problemáticos y aspectos necesarios para mejorar el proyecto**

Del cuestionario aplicado a la totalidad de los coordinadores, se desprende que el 88,7% ha enfrentado problemas durante la implementación del proyecto y la mayoría de ellos (83,4%) señalan los cortos tiempos de ejecución.

Asimismo, el limitado acceso al sistema de salud y/o el poco apoyo del sistema local de salud son dificultades significativas enfrentadas por una proporción importante de los coordinadores referidos a grupos vulnerables y quienes trabajan en la prevención de la TV. La negativa de la población a hacerse controles es importante centralmente para los coordinadores de proyectos que trabajan con prevención de la TV, con población en situación de pobreza y con niños huérfanos afectados por el VIH/sida.

En las entrevistas realizadas a 31 coordinadores es posible detectar un patrón de respuesta con notable frecuencia en la totalidad de las líneas de intervención, con excepción de aquella vinculada a PPL: los procedimientos administrativos engorrosos, los cortos tiempos de ejecución y la escasez de recursos que obliga a buscar otras formas de financiamiento eventual parecen ser los puntos más cuestionados. *“Igualmente, cabe destacar*

*el acompañamiento que hay por parte de UBATEC. Mandás un mail y te lo responden enseguida*” (OE 1.2.5). Ejemplos:

*“...Horas haciendo papeles”, “Distinguimos dos fallas. La primera es que es impensable realizar un proyecto de salud donde se quiera logra impacto con una duración de 7 meses, 7 meses y medio, cuando mínimamente deben ser de 2 años” (OE 1.2.3).*

*“Los condicionamientos, los pedidos de planillas y las cargas burocráticas dificultan la gestión del proyecto, porque es algo que no está previsto en el proyecto original”, “Yo creo que el tema del presupuesto, me parece que ahí creo que puede ser el único punto negativo (...) El tema de la presentación de facturas”, “Hubiéramos necesitado más fondos (...) Digamos, hay mucha dureza, no sé cómo llamarlo... en la posibilidad de reasignar [recursos]” (OE 1.2.4).*

Los coordinadores también señalaron aspectos problemáticos más específicos de cada línea de intervención. Quienes trabajan con PPL –que no mencionaron los problemas administrativos/presupuestarios descritos anteriormente– sí aluden a trabas de índole burocrática, pero más vinculadas a las rigideces propias de las instituciones del servicio penitenciario. Algo similar se observa entre aquellos cuya población objetivo son jóvenes inscriptos en el sistema educativo. Ejemplos:

*“Sí, que limite; tal vez la burocracia del sistema penitenciario”, “Siempre va a haber pequeñas fallas que puede ser que tiene que ver con la dinámica de las instituciones penitenciarias o la situación verticalista, digamos, que tienen las unidades penitenciarias...” (OE 1.2.2).*

*“Por ahí hubo dos o tres escuelas que cambiaban los directivos del año pasado a este año, que están detallados en los informes, y que bueno, este directivo tenía otras ideas y no quiso continuar” (OE 1.2.5).*

Aquellos coordinadores que gestionan proyectos vinculados a UD, TS, GLTTB y otros HSH o a población en situación de pobreza resaltan como aspectos problemáticos aquellos más vinculados al contexto social en el que se inscriben sus iniciativas: en el caso de los primeros, la persecución policial que padecen las trabajadoras sexuales; en lo que refiere a los segundos, barreras impuestas por la misma situación de pau-

perismo (la escasez de recursos y la crítica situación de la infraestructura social). Ejemplos:

*“No, yo creo que un palo en la rueda que tenemos siempre es el tema de la persecución policial. Es como que, a la organización... para nosotras son palos en la rueda que, tanto en Capital como en el interior, la policía sigue persiguiendo a los compañeros, digamos. No nos ayuda, digamos. No nos ayuda porque muchas veces las chicas están más pendientes de poder trabajar y irse, que el tema de la salud” (OE 1.2.1).*

*“Si uno mira los contextos sociales [de pobreza y carencias económicas], uno diría que eso fue muy difícil. Pero a través de la participación en los territorios y en lo comunitario fue una manera de buscarle la vuelta a la convocatoria. Tenemos casitas comunitarias y un salón donde se hacen las actividades, y además las mujeres fueron a los barrios y llevaron allí los talleres...” (OE 1.2.4).*

Los proyectos de transmisión vertical parecen encontrarse con dos tipos de aspectos que dificultan la implementación: por un lado, trabas institucionales del tipo de asignación de espacios físicos en las unidades de atención de la salud; por el otro, las resistencias (corporativas) de médicos a facilitar el trabajo de promotores. Por último, los coordinadores de proyectos destinados a PVVS consideran poco exitosos los monitoreos de UBATEC, pero no en un único sentido sino que por exceso o por defecto. Ejemplos:

*“Buena, quizás estaba planificado que ya empezara el espacio de consejería en un espacio propio y no en un consultorio prestado, eso tampoco ha sido exitoso pero en el espacio prestado donde estamos se puede desarrollar la actividad”, “Otra cosa negativa que aparece muy fuertemente es la resistencia de los médicos... al diálogo interdisciplinario.” (OE 1.2.3).*

*“Los monitoreos que nos mandan los del Fondo Mundial [son] extremadamente engorrosos y, a mi criterio personal, que me imagino que los que hacen este tipo de estudios estadísticos deben saber qué hacen y cómo se tienen que hacer, pero para mí que trabajo en el terreno me parece engorrosísimo, sobre la cantidad de preservativos distribuidos...”, “Buena, a nosotros nos hubiese gustado tener más monitoreo, de parte de UBATEC tuvimos un solo monitoreo, por-*

*que bueno, creemos que está bueno poder mostrar el trabajo que una hace, que la organización hace, que la gente hace” (OE 2.1.1).*

Altamente relacionados con los factores problemáticos señalados por los coordinadores, se encuentran los aspectos que sería necesario cambiar para mejorar el desenvolvimiento de cada uno de los proyectos. Las respuestas que con más frecuencia esgrimen los coordinadores aparecen en todas las líneas de intervención sin excepción alguna: tiempos más extensos de ejecución, continuidad, procesos administrativos más amigables y mayores recursos son las necesidades más mencionadas.

Por supuesto, también se observan respuestas menos generalizadas y más relacionadas con el tipo de población objetivo de cada línea de intervención: *a)* incorporar asesores legales es una necesidad de quienes coordinan proyectos con trabajadoras sexuales; *b)* promover equipos interdisciplinarios, contar con espacios físicos en las unidades de atención de la salud y lograr el reconocimiento por parte del personal hospitalario son aspectos a mejorar, según los coordinadores de proyectos de transmisión vertical; *c)* fomentar la adhesión de docentes logrando que se asignen puntajes a los talleres, según quienes trabajan con jóvenes inscriptos en el sistema educativo. Ejemplos:

*“A mí me parece que lo que haría falta, como incluir, es el asesoramiento legal en el interior, como tenemos acá” (OE 1.2.1).*

*“Y contar quizás con un espacio aparte en el hospital para hacer consejería, eso también ayudaría, específicamente para consejería. Y contar con el reconocimiento de todo el hospital sobre la tarea de los voluntarios también ayudaría” (OE 1.2.3).*

*“Si los cursos pudieran brindarle puntajes a los docentes sería muy bueno. Para que te des una idea, no sabés cómo reclaman los certificados para agregarlo al CV” (OE 1.2.5).*

Ahora bien, más allá de que existen aspectos problemáticos y necesarios para mejorar la gestión de los proyectos, una faceta positiva a destacar en lo referido a los problemas enfrentados en la implementación es que el 99% de los coordinadores han podido superarlos y casi todos dicen

que los resolvieron en muy buena o cierta medida; sólo el 9% los resolvió de forma muy limitada.<sup>9</sup>

Los elementos clave para superar los problemas, de acuerdo al relato de los coordinadores, han sido fundamentalmente tres:

**Reacomodación de actores y tiempos:** *“Reformular las actividades en función de las situaciones institucionales de algunas de las escuelas”, “Más horas de trabajo”, “Cambio de horario, de lugares para las actividades”.*

**Crear nuevos lazos y relaciones:** *“Ir conociendo a quienes integran el sistema de salud (...) de ser nuestros aliados”, “El trabajo en red, la disponibilidad de recursos del Programa municipal”.*

**Compromiso y responsabilidad del equipo:** *“Compromiso de las integrantes del proyecto”, “Posibilidad de utilizar temporalmente insumos de otro proyecto y la habilidad de improvisar otras estrategias frente a las dificultades”.*

### **3.5. Evaluación y lecciones aprendidas de la implementación del proyecto**

La evaluación que realizan los coordinadores sobre la implementación de los proyectos es muy satisfactoria. Surge de sus relatos que se encuentran conformes con el cumplimiento de los objetivos.

La implementación de los proyectos ha dejado para la mayoría de ellos una serie de aprendizajes. En primer lugar surge como aprendizaje el “dejar capacidad instalada en líderes que reproduzcan en sus comunidades valores de prevención y tratamiento”, seguido por “la intervención mejora cuando hay intervenciones diferentes pero trabajando articuladamente”.<sup>10</sup>

En el caso de los coordinadores de proyectos que trabajan con población en situación de pobreza, una novedosa lección aprendida es que la capacitación de pares es altamente positiva siempre que se busque formar referentes comunitarios que sean del propio barrio en que se imple-

<sup>9</sup> Estos datos surgen del cuestionario aplicado a la totalidad de los coordinadores.

<sup>10</sup> Estos datos refieren al cuestionario aplicado a la totalidad de los coordinadores.



menta el proyecto, lo que facilita un contacto más continuo de la población con los pares. Ejemplo:

*“Muy satisfactorio (...) Que no sea una visita del que vive en otro barrio y después se vaya y que no lo pueda ubicar, sino que sea miembro de la propia comunidad que se hace cargo; nos ha dado muchas satisfacciones y nos ha permitido lograr los objetivos. Así que en ese aspecto ha sido positivo” (OE 1.2.4).*

El trabajo conjunto con otros organismos u organizaciones resulta una lección aprendida que facilita el logro de los objetivos o la obtención de resultados. Sin embargo, los coordinadores también reconocen que articular no es un proceso fácil y, en muchos casos, comentan que necesitan entrenamiento para llevar a cabo acciones conjuntas con otras organizaciones. Ejemplos:

*“Como te decía, tener una contraparte como el SIPROSA, con el cual trabajamos muy bien y que laburan muy bien, ha hecho que la implementación sea muy exitosa” (OE 1.2.2).*

*“Porque hay muchas agrupaciones que uno, la verdad, no conoce, no es cierto, no hay una difusión amplia de los trabajos que ya vienen realzando (...) Que hay que trabajar más articuladamente, que hay que darle quizás más espacio, y eso, creo que necesitamos entrenamiento, a organizaciones justamente comunitarias” (OE 1.2.3).*

Otro aprendizaje es el reconocimiento de parte de los coordinadores de la dificultad que presentan en los registros y en la documentación como cuestión importante para agilizar la gestión de los proyectos. Ejemplo:

*“Lo que por ahí nos tenemos que poner más pilas, por ahí, es en los registros. Porque eso... por ahí estás haciendo mil cosas y no las registramos, o hacemos mil cosas y por ahí no sacamos fotos” (OE 1.2.1).*

De esta manera, a través de estas expresiones se aprecia que la complejidad de “lo administrativo, en los registros, en el seguimiento de metas” no es sólo fruto de las exigencias de parte del Fondo Mundial y de UBATEC, sino también de las dificultades propias de los equipos de las organizaciones que

gestionan los proyectos. Por tanto, es un dato positivo que los coordinadores reconozcan esta dificultad y la importancia de registrar, documentar y monitorear la ejecución de los proyectos para gestionarlos con éxito.

Por último, en cuanto a lo que resta por hacer, menos de la mitad de los coordinadores de los proyectos creen que quedan temas o sectores poblacionales que no están siendo tenidos en cuenta (44%). Los sectores que consideran que no están siendo tenidos en cuenta son: *“los niños en situación de calle”, “adultos mayores”, “población con capacidades diferentes”* y *“poblaciones aborígenes”*. En tanto que los temas que manifiestan no están siendo tenidos en cuenta son: *“acceso a la salud y condiciones de vida acordes a su identidad de género”, “acciones de incidencia política en relación con la reglamentación y aplicación de la ley de protección y prevención y asistencia en VIH/sida”* y *“adherencia en tratamientos inyectables (T20)”*.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Resultados obtenidos a partir del cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

## 4. Los relatos de los promotores

### 4.1. Los promotores y su experiencia de trabajo

La esencia del funcionamiento de los proyectos depende de cada uno de los diferentes actores que lo componen. El promotor y/o el promotor par<sup>12</sup> intervienen en la experiencia dando sentido al vínculo permanente con los beneficiarios. La singularidad del rol y la experiencia de trabajo del promotor permiten reconocer la eficacia de las estrategias empleadas, tanto en el primer contacto como en la permanencia de los beneficiarios dentro del proyecto.

Por cierto, en el marco de las experiencias sistematizadas en este estudio, los promotores cuentan con la particularidad de tener cierta experiencia previa en trabajos de promoción. En efecto, de los 57 promotores entrevistados, 39 ya habían realizado este tipo de tareas con anterioridad a la participación en el proyecto en el que trabajan actualmente.

Por lo general sus experiencias anteriores están ligadas a trabajos similares y/o en la misma organización que implementa el proyecto. Se puede observar, además, que una gran mayoría de ellos recuerdan sus experiencias en trabajos de prevención de VIH/sida o experiencias de trabajo con las mismas poblaciones con las que trabajan hoy en día, pero en el marco de proyectos diferentes. Ejemplos:

---

<sup>12</sup> Se recuerda que, a efectos de evitar la sobrecarga de la lectura, cuando se hace referencia a promotores y promotores pares se utilizará solamente el término promotor. Cuando sea necesaria la distinción se hará referencia a los dos términos.

*“Trabajé en Estados Unidos con promotores de salud, en temas relacionados a la prevención de VIH/sida” (OE 1.2.5).*

*“Venía trabajando con el tema de VIH desde el 92” (OE 2.1.1).*

*“Participé en otro proyecto en Avellaneda... que también tenía que visitar más con los niños, el nexo de la Casa Cuna, el Hospital de Niños” (OE 2.2.1).*

Los promotores son el inicio, la puesta en marcha de cada proyecto. Su accionar es el eslabón vinculante de todos los participantes: toman el primer contacto con la población, transmiten conocimientos y promueven la continuidad. Si bien, como se sostuvo anteriormente, casi todos contaban con experiencia en trabajos de promoción, resultan indiferentes los conocimientos previos a la hora de comenzar a trabajar. Así, la primera de tarea de cada promotor será capacitarse en el ámbito del proyecto en el que se encuentre trabajando.

## **4.2. La intensidad laboral**

### **4.2.a) Capacitación**

Aunque la experiencia previa haya demostrado éxitos o comprendido una diversidad de tareas, la mayoría de los promotores contactados (49 de los 57) han sido capacitados en el marco de este proyecto. Esto parece indicar que la capacitación es un requerimiento de los proyectos, y es parte fundante de la tarea del promotor.

En lo que respecta a los logros de la capacitación, la evaluación que hacen los promotores indica que ha sido exitosa, tanto en términos del interés generado como por la forma de trabajo (participativa) y la abundancia y el entendimiento de los conocimientos adquiridos. Sin embargo las diferentes poblaciones con las que se trabaja dividen las miradas entre quienes consideran que la capacitación aportó, en mayor medida, nuevos conocimientos en el aprendizaje sobre VIH y quienes creen que aportó más en la adquisición de nuevas habilidades para llegar a la población objetivo.

Así, quienes trabajan con poblaciones afectadas por el VIH/sida (sobre todo niños y PVVS) valoran, en su mayoría, las estrategias para acer-

carse a la población objetivo. En realidad, consideran importante haber aprehendido una nueva capacidad, un tacto especial, que anima el primer contacto y aleja el rechazo. Ejemplo:

*“Bueno, saber... Te doy un ejemplo: voy a visitar a una familia, ¿cómo entro a esta familia? Para poder entrar en una familia, tenés que tener un tacto. Tenés que tener un carisma de caer bien en esa familia, porque si caés mal, chau. Te cierran la puerta y no te la abren más. Y no ir directamente al problema de ellos. Es abogar por otro lado. Por ejemplo: el martes tuve una visita, me encontré con una mamá, una mamá buena, no una mamá mala. Vino por la parte del documento. La niña tiene 13 años y no tiene documento. Bueno, hay que buscarle cómo hacer para hacer ese documento. Si le falta la partida, si falta el testimonio, o le falta la plata para la foto... lo que sea. Entonces uno aquí va entrando, entrando. Y llega a la misma familia, ya toma la confianza; y te cuentan lo que les sucede. Entonces, para eso te tienen que preparar” (OE 2.2.1).*

De todas maneras, más allá de la valoración otorgada a estos nuevos conocimientos, todas (o casi todas, ya que en este caso sólo un promotor no reconoce esta temática como parte de la capacitación) las capacitaciones han incluido el entrenamiento en habilidades para trabajar con las poblaciones objetivo. Las formas de este entrenamiento son bastante homogéneas y consisten, sobre todo, en dramatizaciones o *role playing*, y en entrenamiento en el vocabulario y lenguaje necesarios para establecer vínculos con las diferentes poblaciones. Algunas variantes se verifican en el caso de quienes trabajan en adherencia al tratamiento de PVVS en que las dramatizaciones estaban, a su vez, vinculadas al trabajo sobre temas de estigma y discriminación. Ejemplos:

*“Te hacen hacer que vos participes. Por ejemplo, entre promotores nos hacemos: ‘Vos sos la familia y yo el promotor’. Cómo abordás el tema, cómo llegás. Y, bueno, vos tenés que actuar, ahí. Ahí es una actuación” (OE 2.2.1).*

*“En talleres. O sea, se aplicaban técnicas, donde se trabaja el estigma y la discriminación. Con una palabra, definir lo que la sociedad siente y piensa de una persona con VIH. Y después, cambio de lugar; lo que una persona con VIH siente cuando recibe esa palabra. En cuestiones de bioseguridad, ponernos en*

*situación: si hay vómito, si hay sangre, si hay orina... O sea, cómo actuar con cada una de las cosas” (OE 2.1.1).*

Al mismo tiempo, en varios proyectos la capacitación, que fortaleció los conocimientos de los promotores en temas de VIH y la adquisición de nuevos conocimientos médicos y médico-sociales, es evaluada de forma positiva y uno de los puntos más recordados por ellos. Ejemplo:

*“Yo tenía formación como psicóloga, pero me sumó toda la parte médica, y desde mucha reflexión grupal, desde la práctica, hay espacios donde cada uno cuenta sus dificultades en la práctica” (OE 1.2.5).*

Si bien con muy escasa frecuencia algunos promotores consideran que quedan aún algunas demandas no satisfechas en relación con los conocimientos adquiridos en las capacitaciones, estas demandas están vinculadas, sobre todo, a la profundización de algunas temáticas, como el cuidado personal o la necesidad de ahondar en ciertos conceptos.

El trabajo en terreno suele permitir comprender la utilidad de la capacitación y el entrenamiento recibido. Los promotores –con muy pocos matices– consideran suficiente y muy satisfactoria esta capacitación. De la misma manera, consultados sobre si fue suficiente en relación con las demandas de la población objetivo, las respuestas continúan mostrando la eficacia del entrenamiento y la formación recibida.

#### **4.2.b) Desempeño del trabajo**

Las tareas del promotor, como se indicó, incluyen el primer contacto con los beneficiarios, lo que implica la puesta en práctica de lo aprendido en las capacitaciones. Las estrategias que emplean para acceder a la población objetivo son bastante variadas; sin embargo es posible clasificarlas en dos grandes grupos, según conlleven o no un trato “cara a cara” directo del promotor con la población beneficiaria.

Entre las estrategias que incluyen este trato directo se cuentan: recorridas en los lugares donde es probable encontrar a la población en cuestión (“zonas rojas”, hospitales, entre otros); visitas domiciliarias; recorridas barriales en los territorios de intervención del proyecto, o distribución de folletería o preservativos. Ejemplos:

*“Yo generalmente me manejo, cuando trabajo por ejemplo con mi colega, que es una pediatra, cuando ella capta un paciente ve qué tipo de paciente es y si le falta algún tipo de consejería, entonces ella me llama... y ahí voy”, “Bueno la estrategia de nosotros [es] ir temprano, antes de que lleguen los médicos, y hablarles a cada una y tomarles confianza, lo primero es confianza, que nos tengan ellas a nosotros”, “Trabajamos en los centros de salud, servicios de ginecología y obstetricia, cuando empezamos el proyecto le preguntamos a la ginecóloga y obstetra qué día atendían a las embarazadas (...) La propuesta nueva es poder hacerla en la sala de espera”, “Se habla con el director, me da el espacio y coordinamos con las enfermeras. Ellas les hacen el control de peso, luego me las deriva a mí, y después va a ver al médico. Si no, las alcanzamos cuando salen o cuando están en la sala de espera y aprovechamos y le hacemos la encuesta” (OE 1.2.3).*

Entre las que no implican necesariamente un contacto directo entre promotor y beneficiario final se cuentan: la de “bola de nieve” o “boca en boca”, esto es, contactar a referentes de cada espacio social de intervención, quienes serán encargados de dar a conocer entre sus pares al promotor en cuestión; “arreglos” más o menos formalizados, para acceder a poblaciones institucionalizadas (PPL, jóvenes inscriptos en el sistema educativo); difusión gráfica (revistas), radial o televisiva de las actividades y objetivos del proyecto. Ejemplos:

*“Hay varias herramientas... Una que es el programa de televisión, el programa de radio... Tenemos la participación en eventos a nivel municipal que tengan que ver con la juventud. La salida a los boliches por las noches, la repartición de preservativos y folletería en eventos específicos de campaña de verano”, “Ir a buscarlos. Llegar por medio de afiches, medios. Tenemos un espacio de alternativa en radio y una revista...” (OE 1.2.4).*

De las respuestas de los promotores se desprende que en la mayoría de las líneas de intervención se combinan tanto estrategias de “reclutamiento” cara a cara como otras que implican algún tipo de mediación: este es el caso de quienes trabajan con mujeres embarazadas, personas en situación de pobreza, PVVS y niños afectados por el virus. Por su parte, las formas de acercamiento a UD, TS, GLTTB y otros HSH parecen ser predominantemente estrategias cara a cara. Finalmente, aquellos promotores cuyos pro-

yectos están destinados a poblaciones institucionalizadas (PPL o jóvenes inscriptos en el sistema educativo) hacen uso de estrategias no directas, que implican algún tipo de mediación institucional o de liderazgos locales.

Más allá de la estrategia específica de acceso a la población objetivo utilizada, la misma desprende altos niveles de satisfacción: la fluidez en la comunicación; el carácter no compulsivo que genera vínculos de confianza; los mejores resultados en comparación con estrategias anteriormente empleadas; la ausencia de problemas o reclamos por parte de la población objetivo; una buena respuesta observada; o efectos más o menos directos sobre la adherencia al tratamiento.

### 4.3. La evaluación de la tarea: trabajos exitosos, obstáculos y problemáticas

Entre las actividades de los promotores se encuentran algunas que permiten, de cierta manera, una evaluación de la eficacia de las estrategias de trabajo empleadas. Esto se puede verificar en el grado de sensibilización alcanzado por la población objetivo en dos cuestiones de crucial relevancia en materia de VIH/sida que, ciertamente, exceden los principales indicadores de cumplimiento de objetivos con los que se monitorea los proyectos del Programa, estas son: *a)* sensibilización en temas de estigma y discriminación, y *b)* promoción de ciudadanía y derechos.

**Tabla 8. Estigma y discriminación de las personas que viven con VIH/sida**

	N	%	Frecuencia por línea de gestión						
			1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	2.1.1	2.2.1
Alto	16	28,1	2	2	3	3	2	4	0
Medio	25	43,9	2	3	1	5	4	8	2
Bajo	11	19,3	0	0	5	5	0	1	0
Ninguno	2	3,5	0	0	1	1	0	0	0
No sabe	3	5,3	0	0	1	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>4</b>

Fuente: elaboración propia en base a las entrevistas semiestructuradas realizadas a 57 promotores.



Los promotores contactados, en su mayoría, consideran que el grado de sensibilización en temas de estigma y discriminación de las PVVS es alto o medio (41 casos de un total de 57). Del restante 28% la mayoría de los consultados (13 casos) sostiene que la sensibilización alcanzada en esta materia es baja o nula, lo que constituye un porcentaje moderadamente elevado. Resulta notable que este tipo de respuestas negativas (“bajo” o “ninguno”) se concentran en dos de las siete líneas de intervención: aquellas vinculadas con la transmisión vertical y con población en situación de pobreza.

En lo que refiere a la sensibilización alcanzada en materia de promoción de ciudadanía y derechos, la evaluación resulta similar: mientras que un 70% de los promotores entrevistados (40 casos) asigna un grado alto o medio en este punto, casi un 30% (16 casos) señala resultados negativos.

**Tabla 9. Promoción de ciudadanía y derechos**

	N	%	Frecuencia por línea de gestión						
			1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	2.1.1	2.2.1
<b>Alto</b>	20	35,1	1	1	3	5	1	7	2
<b>Medio</b>	20	35,1	1	3	3	6	3	3	1
<b>Bajo</b>	16	28,1	2	1	4	3	2	3	1
<b>No sabe</b>	1	1,8	0	0	1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>4</b>

Fuente: elaboración propia en base a las entrevistas semiestructuradas realizadas a 57 promotores.

Más allá de la evaluación de los logros en estas dos temáticas específicas, los entrevistados también dieron a conocer lo que ellos consideran experiencias de trabajo exitosas en su actividad como promotores. Estas experiencias positivas van desde una mayor adhesión al tratamiento/prevenición por parte de la población objetivo, hasta el acceso a recursos edilicios, incluido el logro de una mayor participación de las personas involucradas en las actividades de promoción.

Entre los promotores que trabajan con UD, TS, GLTTB y otros HSH o en proyectos de prevención de la TV, las experiencias más gratifican-

tes parecen ser tanto la mayor adherencia al tratamiento de la población objetivo como lograr que los destinatarios del proyecto se hagan el análisis serológico.

En la mayor parte de las restantes áreas de intervención las experiencias positivas parecen estar asociadas tanto al logro de una mayor participación o involucramiento por parte de la población destinataria como al incremento del alcance del proyecto. Ejemplo:

*“Mirá, yo creo que es lo que se está dando en este último tiempo... Es ver cómo se ha enganchado, todas las semanas quedó establecido como día de reunión todos los martes... saben que a tal hora nos reunimos y ya solitos empiezan a caer. Antes había que llamarlos, esperarlos un rato, ahora ya van con eso y van con propuestas además de la reunión que los convoca... Por ejemplo, a los ingresos [a la semana o a los 15 días] reunirlos y ofrecerles la posibilidad del teste, eso me parece bárbaro, que sea voluntario y no imponérselo” (OE 1.2.2).*

El logro de un espacio físico en un hospital es también, en algunos casos, una suerte de reconocimiento por parte de los profesionales de la salud que los promotores identifican como experiencia gratificante, pues dista de ser la norma. Ejemplo:

*“El logro que tuvimos es tener un espacio ya en el hospital Central, que en un centro de salud nos brinden este espacio para estar con las personas que conviven con VIH... cosa que en el Madre y Niño no le quisieron dar, entiendes, están en el pasillo” (OE 2.1.1).*

Si bien los logros parecen ser abundantes y altamente gratificantes, la función de promotor no está exenta de eventuales dificultades y problemas a los que se debe dar respuesta para que las actividades pautadas se desarrollen con cierta normalidad. Los promotores explicitan un amplio espectro de problemáticas, algunas de las cuales se encuentran íntimamente conectadas con los espacios sociales y los actores institucionales con los que tienen que entrar en contacto. Estas dificultades pueden ser clasificadas en grandes grupos de acuerdo a su origen.

En primer lugar (con una mayor cantidad de menciones entre los entrevistados) se cuentan aquellas que refieren a obstáculos generados por características (personales/sociales) propias de la población objetivo del pro-

yecto o de las actividades que realiza esta población: horarios engorrosos para contactar a los beneficiarios, actitudes características de la población destinataria del programa, limitaciones de tipo cultural o prejuicios instalados en el sentido común de la población objetivo constituyen los principales obstáculos de esta índole señalados por los promotores. Ejemplo:

*“Una de las dificultades ha sido la falta de conciencia de la gente sobre sus derechos. Hay que trabajar eso para que las mujeres sepan que tienen derecho a darle un forro al marido o al novio. Son cuestiones sociales que afectan a nuestro trabajo en relación a los tiempos, uno quiere avanzar diez y podés avanzar dos”*(OE 1.2.4).

La falta de compromiso o reconocimiento que los promotores experimentan al interactuar con actores clave que median entre ellos y la población objetivo es el segundo factor generador de dificultades. El maltrato (violencia física) ejercido por el personal policial a las trabajadoras sexuales, la falta de interés o compromiso que manifiesta el personal penitenciario, el no reconocimiento de los promotores por parte de médicos de los centros de atención primaria de la salud, los prejuicios enquistados en los docentes de enseñanza primaria o media (confesional o laica) y la dificultad para entablar relaciones fluidas con distintas autoridades son parte de un abanico de obstáculos claramente relacionados con las peculiaridades de cada línea de intervención. Escollos de estas características no son más que barreras que las distintas instituciones ejercen a través de algunos de sus roles. Ejemplos:

*“La dificultad es... la imposibilidad de realizar acciones si es que no vienen acompañados de las autoridades [en referencia a las personas privadas de la libertad]”*(OE 1.2.2).

*“La dificultad son los médicos”*(OE 1.2.3).

La relativa escasez de recursos ocupa la tercera posición entre los factores problemáticos referidos. Los mismos promotores aluden a una gran diversidad de recursos con los que deberían contar en mayor cantidad: tanto humanos como monetarios, de infraestructura, logísticos o de difusión-prevención. Ejemplo:

*“Falta de tiempo y falta de gente, tal vez equipo. O sea, tenemos un equipo armado, que estamos trabajando, pero no damos abasto con la cantidad de tiempo y de gente que se necesitaría” (OE 1.2.2).*

Por último, de menor trascendencia, los promotores señalan barreras propias de tipo personal. Tales atributos negativos son, entre otros, problemas como la timidez, la dificultad que genera el manejo de grupos y la falta de contactos o conocimiento personal con pares de la población beneficiaria.

De todas maneras, estas dificultades no han opacado los logros de cada proyecto y han sido resueltas. La diversidad de formas señaladas como factores que contribuyeron a resolver los problemas sólo se explica por la amplitud de obstáculos arriba mencionados. Entre ellas se cuentan: cambios de horarios y lugares para asegurar el encuentro con la población objetivo, negociación con las autoridades de las instituciones involucradas; dialogando con aquellas personas que median la relación promotor-beneficiario; mediante cambios subjetivos/actitudinales, aprovechando las propias actividades del proyecto (talleres), generando vínculos de confianza con los beneficiarios de las intervenciones, recurriendo a recursos propios o de nuevas fuentes. Ejemplos:

*“Con mucho diálogo” (OE 1.2.4).*

*“Con la implementación del propio taller. Brindamos charlas e información que complementaron los conocimientos previamente adquiridos por los docentes. En definitiva ese es el objetivo de nuestro trabajo” (OE 1.2.5).*

Hasta cierto punto, la participación activa de los promotores en la toma de decisiones y sus aportes para mejorar sus tareas han permitido la superación de algunos de los obstáculos que se presentan en el día a día. Las propuestas de los promotores para optimizar las tareas han sido, en su totalidad, tenidas en cuenta. Por lo general, estas propuestas son realizadas sobre la marcha al desarrollar las tareas, lo que permite el reconocimiento tanto de la opinión del promotor como de las necesidades no cubiertas de los proyectos.

Las propuestas varían y albergan una gran cantidad de ideas: desde aumentar la cantidad de capacitaciones hasta solicitar a las instituciones

que albergan al proyecto nuevos espacios para llevarlo adelante o facilitar los procedimientos de acceso a los estudios diagnósticos.

Las respuestas desde los proyectos son satisfactorias ya que, como vimos, la totalidad de las propuestas –con algunos matices, que exceden las posibilidades de los coordinadores para llevarlas a cabo– son tenidas en cuenta. Llegados a este punto es importante destacar la satisfacción que genera la oportunidad de participar en las decisiones en términos de reconocimiento de la tarea realizada. Ejemplos:

*“Yo me siento absolutamente escuchada y cómoda. Yo soy bastante exigente con los trabajos que hago y que hacemos. Y yo me siento como escuchada...”, “Y no sólo lo digo con la gente que coordina sino que también lo digo por mis compañeras que trabajo cotidiano como promotora” (OE 1.2.3).*

*“Sí, porque es como que somos más interiorizadas en lo que está pasando afuera. Vos presentarías el proyecto pero al llegar ahí ves, como que una está más interiorizada” (OE 1.2.1).*

Por último, parece importante resaltar la importancia que cobra la evaluación de los promotores en sus tareas cotidianas. Más allá de la diversidad de formas de evaluación –mencionadas en el segmento de coordinadores–, sus resultados cobran cierta relevancia en tanto ayudan a reorientar la forma de trabajo. En este sentido, el cambio indicado con mayor frecuencia, independientemente del tipo de proyecto de que se trate, resulta la necesidad de ponerse en el lugar de la población objetivo cuando el promotor realiza sus actividades. Como ejemplo:

*“En sí, sobre todo respecto del trato y de cómo ponerse en la situación del otro” (OE 1.2.4).*

#### **4.4. Evaluación de la efectividad del proyecto**

La evaluación que los promotores encuestados realizan con relación a la efectividad del proyecto en el que participan es altamente positiva: en promedio 8,7 sobre 10. No obstante esta homogeneidad –que indicaría una ostensible satisfacción de los entrevistados con la labor realizada–, se observa una clara relación entre las evaluaciones y la eficacia en la solu-

ción de problemas: los proyectos orientados a poblaciones institucionalizadas (PPL y jóvenes escolarizados), cuyos promotores son los que manifiestan en mayor medida haber salvado las múltiples dificultades, son los que cuentan con promedios de calificación más elevados.

**Tabla 10. Evaluación de la efectividad del proyecto**

	N	%	Frecuencia por línea de gestión						
			1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	2.1.1	2.2.1
7	10	17,9	0	0	2	3	0	3	2
8	13	23,2	2	2	5	2	0	1	1
9	16	28,6	1	1	2	2	6	3	1
10	17	30,4	1	2	2	6	0	6	0
<b>Total</b>	56	100	4	5	11	13	6	13	4
<b>Promedio</b>	<b>8,7</b>		<b>8,8</b>	<b>9</b>	<b>8,4</b>	<b>8,8</b>	<b>9</b>	<b>8,9</b>	<b>7,8</b>

Fuente: elaboración propia en base a las entrevistas semiestructuradas realizadas a 57 promotores.

Entre los fundamentos de tales evaluaciones se señalan aspectos positivos y negativos. Los argumentos que fundan calificaciones elevadas son: *a)* el cubrir/superar las expectativas originales; *b)* la detección de cambios positivos, el aumento de las prácticas de cuidado-prevención o de la sensibilización de la población destinataria; *c)* lograr el reconocimiento de las instituciones involucradas y de actores clave; *d)* la superación de los múltiples obstáculos; *e)* el compromiso, esfuerzo y dedicación prestados. Ejemplos:

*a)* “Le pondría una nota muy buena porque está cubriendo las expectativas que se vinieron planteando desde el principio” (OE 1.2.1), “Porque para mí se cumplen la mayoría de los objetivos” (OE 2.1.1).

*b)* “Porque llegó bien a las chicas... se acercan al hospital, se hacen los chequeos que se tienen que hacer” (OE 1.2.1), “Porque el 90% de las embarazadas llega al parto con por lo menos hecho... con VIH hecho, llegan con un control hecho, algún laboratorio hecho” (OE 1.2.3), “Porque sí, como te decía recién, que ves el cambio de la gente... y eso para mí es 10” (OE 2.1.1).

**c)-d)** *“Por esto que te digo, de haber logrado que no nos hagan esperar afuera 7.000 horas para entrar. Segundo, que nos hayan dado un espacio de consejería”* (OE 1.2.2), *“Los obstáculos... fueron resueltos con compromiso, interés y participación de los docentes y alumnos. Cuando se habla del tema, todos quieren participar”* (OE 1.2.5).

**e)** *“Está llegando adonde tiene que llegar, al objetivo que uno quiere lograr. Lo hago no por la plata... Entonces, es trabajo que estamos haciendo, lo hacemos con gusto”* (OE 1.2.2), *“Porque se está trabajando con mucho esfuerzo, con un equipo interesante, fuerte y motivado”* (OE 1.2.4).

Entre los argumentos que explican calificaciones más bajas se cuentan: *a)* que no se llegó a toda la población estipulada; *b)* la escasez de recursos materiales o límites en el tiempo de ejecución; *c)* que algunos objetivos no se han alcanzado aún; *d)* que no está asegurada la continuidad del proyecto. Ejemplos:

**a)** *“Porque por ahí, el que no se llegue del todo a lo que uno espera, o la sensación de que no se llega del todo a lo que uno espera, no depende del proyecto”* (OE 1.2.3).

**b)** *“Ya te digo, porque siempre falta algo. Lo que falta es más tiempo y más recursos”* (OE 1.2.5), *“Por la falta de material”* (OE 2.1.1).

**c)** *“Porque no logramos los objetivos todavía de control... Todavía la captación precoz, aunque ha mejorado muchísimo, la posibilidad de hacer universal el test no se ha logrado porque todavía la cantidad de serología que tenemos no corresponde a la cantidad de partos de la provincia”* (OE 1.2.3).

**d)** *“En lo cuantitativo te puedo decir un 7, para que llegue a un 10 tendría que haber una continuidad y que llegue al final”* (OE 2.2.1), *“Un 8 en relación a los objetivos y la forma en que lo estamos llevando a la práctica. Ahí viene el tema de la continuidad, para llegar al 10”* (OE 2.2.1).

Tanto la escasez de recursos como la incertidumbre en torno a la continuidad del proyecto aparecen con bastante frecuencia y se encuentran en paralelo con algunas de las preocupaciones manifestadas por los coordinadores.





## 5. Evaluación de los proyectos desde la perspectiva de los beneficiarios

### 5.1. Las actividades en las que participan y su utilidad

Los beneficiarios constituyen la población objetivo de las distintas acciones de promoción, prevención o cuidado previstas. Por ello es importante conocer sus opiniones acerca de las actividades en las que participan y la utilidad que tienen para estos actores.

La actividad que reúne mayor congregación de beneficiarios son los talleres, seguidos de la consejería y las asesorías. Todas estas actividades tienen un alto nivel de evaluación por parte de los beneficiarios, que supera los 4,5 puntos (en una escala de 1 a 5 en la que 1 significa muy poco útiles y 5, altamente útiles). Esta alta valoración es fruto de: *“Las formas que nos expresan cómo hay que cuidarse”* (OE 1.2.2), *“Porque ellas te asesoran muy bien”* (OE 1.2.4), *“Nos hablan mucho de eso, aprendemos mucho de eso”* (OE 1.2.5) y, particularmente en el caso de los talleres, porque es *“donde te explican las enfermedades, cómo vienen, qué riesgo da...”* (OE 1.2.1).

A su vez, todos los beneficiarios entrevistados (41) manifiestan haber recibido folletos informativos en alguna de las actividades en las que participaron y casi todos (38) respondieron que los han leído. Estos últimos, además, manifiestan que les fue de utilidad, que a partir de ellos aprenden cosas que ignoran, que explican todo sobre el VIH, como por ejemplo, los derechos humanos en la materia y el tabú que existe al respecto. Ejemplos:

*“Porque explican un montón de cosas que a veces uno no sabe”* (OE 1.2.1).

*“Porque te habla todo sobre el HIV, la forma en que te podés llegar a contagiarse hasta en un embarazo, hay un folleto sobre derechos humanos, cómo tenés que hacer con la policía cuando te detienen. Siempre Luisa nos está dando esos folletos para leer”* (OE 1.2.2).

*“Porque te explicaba los temas y te daba ejemplos de cómo tenías que hacer, por qué tenías que usar preservativos y eso... o para una madre, cómo tiene que hacer con su hijo”* (OE 1.2.5).

Respecto de la entrega de preservativos, prácticamente la totalidad de los beneficiarios entrevistados (38 de 41) responden que los han recibido. Ahora bien, de estos 38 beneficiarios, un poco más de la mitad (21) responden que los han usado y el resto (17), que no. De quienes los utilizaron (21), sólo 6 no acostumbraban a usarlos antes de participar en el proyecto.

Los beneficiarios que no acostumbraban a usarlos antes de participar del proyecto, responden que ello era: *“Por ignorancia”, “Por falta de información”* (OE 1.2.4); *“Lo que pasa es que, claro... yo soy portadora, mi marido es portador, ¿entonces ya está! No los usás. Entonces, hasta que tomás conciencia de que sí tenés que seguir usándolos, por la cuestión de la reinfección (...)”* (OE 1.2.3); y por tabúes, prejuicios o temores a la discriminación, como por ejemplo:

*“Porque somos chicas”* (OE 1.2.5), *“Porque... ignoraba. Ignoraba. Ignoraba que, por ejemplo, me pudiera llegar a pasar a mí. Escuchaba por el noticiero hablar del HIV y decía: ‘Ay, está tan lejos de mí, eso’”* (OE 2.2.1), *“Porque antes de que él se enterase [de que quien habla tiene el virus], no usábamos por el temor este de que cómo le digo. Pero después sí; ya que él se enteró, siempre”* (OE 2.1.1).

Finalmente, una gran proporción de los beneficiarios entrevistados (25 de 41) han recibido información acerca de centros de salud y la mayoría (22 de 25) consideran que les fue de utilidad saber que se pueden realizar los análisis en cualquier centro sanitario y que cuando lo requieran, pueden ir, consultar y tener un control sobre el VIH/sida. Ejemplos:

*“Tenemos un control...”* (OE 1.2.1).

*“Sí, porque póngale que hay gente que se hace el análisis de sida, capaz que se lo haga hoy y mañana queda en libertad. Entonces va y lo busca en el hospital, y le dan el resultado” (OE 1.2.2).*

*“Sí, es de mucha utilidad porque cuando uno lo necesita puede ir y consultar” (OE 1.2.5).*

*“Por que me enteré que en todos los hospitales te hacen los estudios. Yo no tenía idea de eso. Y así yo le podía comunicar a los chicos que se podían hacer los análisis en otros lugares además del centro de salud, que lo pueden hacer en cualquier centro sanitario” (OE 2.2.1).*

## 5.2 Evaluación de los proyectos

De los 41 beneficiarios, 38 evalúan muy bien o bien al proyecto. Poco menos satisfactoria es la evaluación de la relación con los coordinadores, 28 de los beneficiarios la evalúan positivamente. Debido, tal vez, a un menor contacto con ellos, que impide una mejor calificación.

**Tabla 11. Evaluación de diferentes aspectos del proyecto**

	Muy buena		Buena		Mala		Muy mala		No aplica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Evaluación general del proyecto</b>	30	73,3	8	19,5	2	4,8	-	-	1	2,4
<b>Evaluación de la relación con los promotores</b>	27	65,9	8	19,5	1	2,4	2	4,8	3	7,3
<b>Evaluación de la relación con los coordinadores</b>	23	56,1	5	12,2	4	9,7	-	-	9	21,9
<b>Evaluación de la capacidad técnica</b>	20	48,8	10	24,4	3	7,3	-	-	8	19,5
<b>Evaluación de la formación de los coordinadores</b>	20	48,8	8	19,5	-	-	-	-	13	31,7
<b>Evaluación de la formación de los promotores</b>	21	51,2	10	24,4	1	2,4	3	7,3	6	14,6
<b>Evaluación de la capacidad para resolver problemas</b>	16	39,0	8	19,5	4	9,7	-	-	13	31,7

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas semiestructuradas realizadas a 41 beneficiarios.

La relación con los promotores es evaluada tan bien como el proyecto en general, 35 de ellos la consideraron muy buena o buena. El contacto directo con los promotores –y quizás el hecho de conocerlos previamente– tiene una alta influencia en la evaluación que los beneficiarios hacen de ellos.

Respecto a la formación de los promotores, 31 de los 41 entrevistados la evaluaron como muy buena o buena, mientras que la formación de los coordinadores es considerada positivamente por 28 de los 41 beneficiarios.

Así también, la capacidad técnica es otro punto positivo: 30 de los 41 beneficiarios la valoran favorablemente. El ítem que parece más problemático es la capacidad para resolver problemas: poco más de la mitad la encuentra satisfactoria (24 de 41), el resto prácticamente no puede opinar.

### 5.3 Experiencia sobre la prueba de VIH

Poco más de la mitad de los beneficiarios contactados se habían hecho, antes de participar del proyecto, el análisis de VIH (24 de 41). Aquellos que no lo habían hecho se destacan en los proyectos destinados a niños y niñas inscriptos en el sistema educativo y a población en situación de pobreza. De todas maneras, es posible que estos beneficiarios se diferencien de los demás por un contacto relativamente menor con situaciones de riesgo de transmisión, en el caso de los niños, y por mayores dificultades para jerarquizar la problemática del VIH en contextos de vida adversos, en el caso de la población en situación de pobreza.

**Tabla 12. Realización del análisis de VIH antes y después de participar en el proyecto. Total de entrevistados**

	¿Te habías realizado el test de VIH anteriormente?	¿Te lo realizaste después de participar?	¿Fuiste a buscar el resultado?
<b>Sí</b>	24	13	10
<b>No</b>	17	28	2
<b>No contesta</b>	–	–	1

Fuente: elaboración propia en base a las entrevistas semiestructuradas realizadas a 41 beneficiarios.

Luego de participar en las actividades, son pocos los que fueron derivados a centros de salud, sólo 14 de los 41 entrevistados. Sin embargo, quienes no se habían hecho el test antes del proyecto fueron derivados en mayor medida.

De los 14 beneficiarios que fueron derivados a centros de salud, sólo la mitad se realizó el test de VIH. De los restantes beneficiarios que se realizaron el análisis (6) no habían sido derivados a centros de salud.

Según se visualiza en la tabla previa, es de destacar que la mayoría de los que se realizaron el análisis de VIH después de participar en las actividades fueron a buscar el resultado (10 de 13). De estos casos, sólo 3 han recibido consejería por parte del centro de salud.

#### **5.4. Modificación de experiencias personales y aprendizajes en relación con el VIH**

Casi todos los beneficiarios entrevistados (39 de 41 casos) han modificado sus experiencias personales en relación con el VIH. Ahora se encuentran más informados sobre el tema, y este saber les permite romper con ciertos mitos y creencias, comprender a la gente afectada por el VIH/sida, no “*cerrarles las puertas*” o “*no discriminar*”, de acuerdo a sus relatos. Ejemplos:

*“Porque nosotros teníamos el HIV como una enfermedad maligna (lo es) pero también vivíamos con los ojos cerrados... que las personas que tienen HIV hay que cerrarles las puertas” (OE 1.2.1).*

*“En el sentido de que yo antes, si alguien tenía sida, yo lo discriminaba. Y bueno, aprendí acá por ellas, gracias a ellas en las charlas de sida, aprendí que no es así” (OE 1.2.2).*

*“Y vos sabés que a veces uno... porque todos tenemos mitos, creencias y todos somos discriminativos en menor o mayor forma. El tema es cómo vos te manejas en ese aspecto. Me sirvió para comprender a la gente, aprender muchísimo...” (OE 1.2.3).*

*“Lo que más me llegó a mí es el tema de la transmisión vertical, como que uno aprende mucho. Por eso te digo, uno antes tenía la idea que repetías: ‘Si mamá*

*enferma, nace niño enfermo, y ahora se da con que no, que hay mil posibilidades de que el niño nazca bien” (OE 1.2.3).*

A su vez, la mayor información adquirida por los beneficiarios les permite tanto cuidarse más como transmitir sus conocimientos a otras personas, lo que representa un efecto multiplicador positivo en cuanto a la cantidad de personas que acceden a información más apropiada sobre el VIH/sida y que, por ende, tienen mayores oportunidades de prevención y cuidado al respecto. Ejemplos:

*“En cuidarse más, en informarle a otra persona que no sabe. Tengo un montón de sobrinos, explicarles de las enfermedades, de usar preservativos. Que hoy por hoy no pueden confiar en su propia pareja, porque vos no sabés qué puede ser de él, y entonces me ha ayudado mucho a informales también a otras personas” (OE 1.2.2).*

*“Porque yo sé ahora cómo cuidarme” (OE 1.2.5).*

Por último, en cuanto a las personas que viven con VIH, la participación en el proyecto les permitió también cuidarse más, lograr una mayor continuidad en el tratamiento, contar con mayor contención y disminuir el miedo, particularmente en el caso de los niños huérfanos afectados por el VIH/sida. Ejemplos:

*“Yo me cuido más, trato de no dejar el tratamiento y eso me hace bien” (OE 2.1.1).*

*“No tener tanto miedo. Como que encontré como una familia con la problemática. No tener miedo. No estás sola, que podés enfrentar... Gustavo conmigo se ha portado perfecto, para mí ha sido un ser humano muy bueno, porque cuando estuve internada estaba permanente al lado mío” (OE 2.2.1).*

En cuanto a los aprendizajes adquiridos por participar en el proyecto, las respuestas de los beneficiarios son similares a las opiniones relativas a la modificación de sus experiencias personales. En este sentido, las contestaciones más frecuentes son la mayor información en el tema, el hecho de cuidarse más y cuidar a los demás, como también romper con los prejuicios existentes en el tema. Así, por ejemplo relatan:

*“A cuidarme muchísimo. Y a cuidar a los demás”*(OE 1.2.2), *“Muchísimo, porque hay muchas cosas que ignoraba... que no tenía en cuenta yo misma...”*(OE 1.2.4).

También, en el caso de las PVVS y de los niños huérfanos afectados por el VIH/sida, aparecen respuestas relacionadas con una mayor contención, mayor autoestima, saber convivir y tener menos miedo (*“Y, saber convivir. No tener tanto miedo. Y no tener prejuicio de lo que dirán”*, OE 2.2.1) y un mayor cuidado (*“Aprender que el cuidado es parte de la vida de uno”*, OE 2.1.1).





## 6. La efectividad de ciertas prácticas y su fundamentación

### 6.1. Prácticas efectivas mencionadas por los coordinadores

Con el horizonte puesto en alcanzar los objetivos pautados, en cada proyecto se elaboran distintas modalidades de intervención que, en principio, son consideradas adecuadas a estos fines por quienes son sus máximos responsables. Pero son los resultados de la puesta en práctica los que revelan si tales iniciativas contribuyen en alguna medida a los objetivos proyectados o si, por el contrario, deben ser modificadas en alguno de sus aspectos, o directamente abandonadas. El análisis de las prácticas señaladas como efectivas por los coordinadores –es decir, de aquellas “experiencias que han llevado a cabo con éxito y que consideran son más efectivas que otras realizadas con el mismo propósito y la misma población”– así como de las razones que llevan a considerarlas como tales, es otro de los aspectos centrales de este estudio de sistematización de experiencias.

En primer lugar cabe considerar que, aunque las prácticas presentan una gran diversidad, el universo de aquellas que los coordinadores destacan como efectivas no es para nada inabordable: durante la sistematización fue posible identificar un total de 25 prácticas que, ordenadas según cantidad de menciones, se detallan a continuación.

**Tabla 13. Prácticas efectivas mencionadas por los coordinadores**

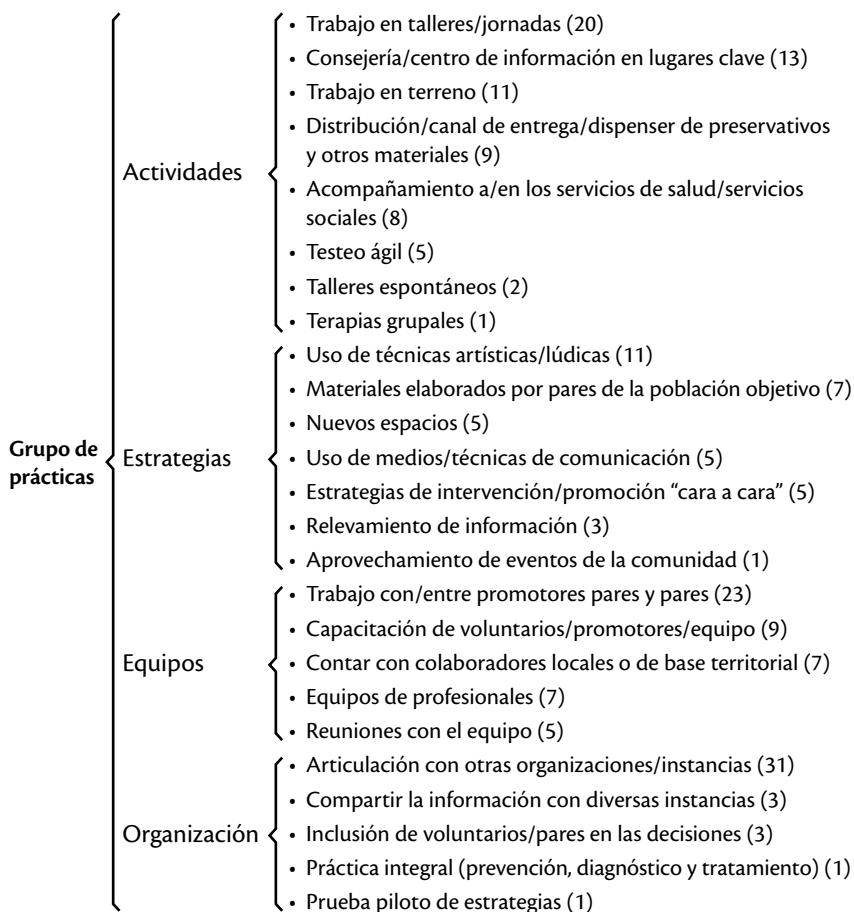
	<b>Prácticas efectivas</b>	<b>Menciones</b>
1	Articulación con otras organizaciones/instancias	31
2	Trabajo con/entre promotores pares y pares	23
3	Trabajo en talleres/jornadas	20
4	Consejería/centro de información en lugares clave	13
5	Trabajo en terreno	11
6	Uso de técnicas artísticas/lúdicas	11
7	Distribución/canal de entrega/dispenser de preservativos y otros materiales	9
8	Capacitación de voluntarios/promotores/equipo	9
9	Acompañamiento a/en los servicios de salud/servicios sociales	8
10	Materiales elaborados por pares de la población objetivo	7
11	Contar con colaboradores locales o de base territorial	7
12	Equipos de profesionales	7
13	Testeo ágil	5
14	Nuevos espacios	5
15	Uso de medios/técnicas de comunicación	5
16	Estrategias de intervención/promoción "cara a cara"	5
17	Reuniones con el equipo	5
18	Compartir la información con diversas instancias	3
19	Inclusión de voluntarios/pares en las decisiones	3
20	Relevamiento de información	3
21	Talleres espontáneos	2
22	Terapias grupales	1
23	Aprovechamiento de eventos de la comunidad	1
24	Práctica integral (prevención, diagnóstico y tratamiento)	1
25	Prueba piloto de estrategias	1

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores.

Si bien la cantidad prácticas identificadas no es excesiva, un primer análisis permite observar que muchas no son comparables entre sí. En otras palabras, las prácticas mencionadas refieren a aspectos que, aunque se vinculan a la implementación de proyectos de prevención/promoción, son muy disímiles. Es por ello que se las clasificó en torno a cuatro grandes ejes o grupos. El primero de estos ejes incluye al conjunto de aquellas que refieren a *actividades* de promoción, prevención o cuidado realizadas por cada proyecto. Estas actividades se realizan en forma frecuente y los destinatarios directos son los beneficiarios. El segundo grupo está relacionado con aquellas experiencias que son básicamente técnicas u orientaciones usadas en las actividades de promoción, como pueden ser los juegos o actividades artísticas para sensibilizar a la población objetivo. No son estrictamente actividades sino *estrategias* para llevarlas a cabo. En tercer lugar, es posible identificar, dentro del conjunto de experiencias exitosas, algunas menos relacionadas con la población beneficiaria y más vinculadas con la conformación interna de los grupos de trabajo de cada proyecto. El contar con pares de la población objetivo y/o profesionales en el equipo o la capacitación de los promotores son algunos ejemplos característicos de esta dimensión (*equipos*). Finalmente, otra serie de prácticas refiere al mejoramiento de procesos internos u *organizacionales* en general, tales como el establecimiento de mecanismos para testear actividades, el entablar vínculos (más o menos formales) con otras organizaciones, entre otros casos particulares.

En el siguiente esquema se presenta la clasificación exhaustiva de las prácticas identificadas en cada uno de los cuatro grupos antes descriptos: actividades, estrategias, equipo y organización.

## Esquema 1. Clasificación de las prácticas efectivas



Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores (preguntas abiertas).

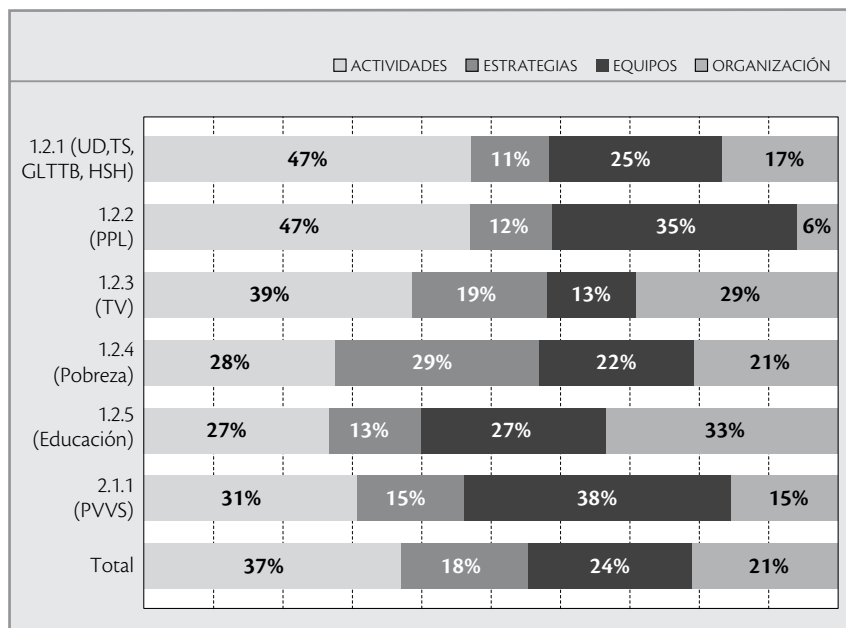
La clasificación de las prácticas efectivas en cuatro grupos permite también evaluar si existen diferencias significativas entre líneas de financiamiento o tipo de proyecto.<sup>13</sup> El gráfico 5 presenta el total de prácticas

<sup>13</sup> Dado que ninguno de los coordinadores de proyectos destinados a niños huérfanos afectados por el VIH/sida respondió las preguntas del cuestionario autoadministrado de las que surgen los datos aquí presentados, sólo se alude a seis de las siete líneas de acción.

clasificadas en grupos según el tipo de proyecto al que corresponde el coordinador encuestado.

En primer lugar, del gráfico se desprende que las experiencias exitosas más mencionadas por los coordinadores en general están relacionadas con algún tipo de práctica de prevención/cuidado; entre ellas, los talleres/jornadas de sensibilización se destacan por cantidad de menciones. También se observa que quienes más aluden a “actividades” como prácticas exitosas son los coordinadores de proyectos destinados, por un lado, a PPL y, por otro, a UD, TS, GLTTB y otros HSH. Es probable que el carácter altamente vulnerable respecto al riesgo de transmisión del virus de estas poblaciones concite una mayor atención en acciones directas de prevención/cuidado; en este sentido, talleres y consejerías son las prácticas más citadas por los coordinadores, respectivamente.

**Gráfico 5. Tipo de práctica efectiva según objetivo del proyecto**



Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores (preguntas abiertas).

Por su parte, las “estrategias” revisten claramente una mayor relevancia para las intervenciones destinadas a la población en situación de pobreza, y se mantienen en porcentajes bajos pero similares en las restantes líneas de acción. Los múltiples obstáculos socioculturales que impone la situación de pobreza parecen llevar a los coordinadores a priorizar las formas de abordar a la población objetivo: entre estas estrategias, el uso de técnicas artísticas/lúdicas asume un lugar preponderante en esta línea de intervención.

Las experiencias más asociadas al mejoramiento de los “equipos” de trabajo son más ponderadas por los coordinadores de proyectos orientados a PVVS y PPL. En ambos casos, el desarrollo de las actividades que incorporan a pares de la población objetivo es la experiencia exitosa más aludida. La dificultad para entablar vínculos de confianza con este tipo de beneficiarios representa una importante barrera que parece ser salvada trabajando con pares.

Por último, las prácticas que involucran cuestiones de “organización” reportan más efectividad a quienes coordinan proyectos destinados a jóvenes escolarizados o a madres/embarazadas. La articulación con otras instancias organizacionales (instituciones de educación o salud) parece ser uno de los factores clave del éxito de este tipo de proyectos.

## **6.2. Razones que explican la efectividad de las prácticas**

El carácter exitoso de determinadas prácticas no es infundado: cada uno de los coordinadores entrevistados fue también consultado sobre aquella razón o conjunto de razones que explican el carácter efectivo de esas experiencias. En este sentido, los argumentos con que explican la eficacia de determinadas prácticas son, al igual que las mismas prácticas, diversos aunque bastante recurrentes. Tan es así que resulta posible resumirlos en 20 alternativas de respuesta que se detallan –ordenadas en función de la cantidad de menciones– en la siguiente tabla.

**Tabla 14. Razones que explican la efectividad de las prácticas**

	<b>Razones mencionadas por los coordinadores</b>	<b>Menciones</b>
1	Genera capacidades de promoción/cuidado	36
2	Aumenta/facilita el alcance/eficacia del proyecto	35
3	Propicia la aceptación/participación/asimilación	29
4	Contribuye a sensibilizar a la población involucrada	17
5	Fortalece/facilita la comunicación	16
6	Facilita/hace más eficiente la prevención/diagnóstico/tratamiento	11
7	Permite despejar de mitos y prejuicios	10
8	Promueve la evaluación y el mejoramiento del proyecto	10
9	Fortalece/genera instancias organizativas/redes de la población objetivo	9
10	Facilita el acceso a materiales de prevención/cuidado	9
11	Maximiza/optimiza recursos/esfuerzos	9
12	Permite superar obstáculos/trabas/conflictos	9
13	Intensifica el compromiso con el proyecto	6
14	Brinda acompañamiento/contención	5
15	Para hacer frente a la discriminación/estigmatización	4
16	Permite abordajes multidisciplinares	2
17	Promueve la incorporación de familiares	1
18	Da más sustentabilidad al proyecto	1
19	Aumenta el conocimiento sobre el VIH	1
20	Permite identificar a la población objetivo	1

Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores (preguntas abiertas).

Al igual que con las experiencias exitosas, en base a las razones se elaboró una clasificación en cuatro dimensiones principales y un grupo residual. Esto último se debe a que alguno de los fundamentos no encuentran similitudes que permitan la formación de un grupo en sí mismo. En este grupo residual (*otras razones*), los fundamentos que explican el carácter exitoso de las prácticas señaladas por los coordinadores son diversos: fortalece/facilita la comunicación; permite superar obstáculos/trabas/con-

flictos; permite abordajes multidisciplinarios; aumenta el conocimiento sobre el VIH; permite identificar a la población objetivo.

Por su parte, en el primer agrupamiento las razones del éxito se relacionan exclusivamente con la *población objetivo* y refieren a la generación de cambios actitudinales en esta población. En este grupo se incluyen aquellas prácticas consideradas efectivas por propiciar la aceptación, fortalecer o generar instancias organizativas en la población objetivo, brindar contención y promover la incorporación de familiares.

La segunda dimensión alude a razones vinculadas a los *efectos de subjetividad* (actitudes, opiniones y expectativas) en la población en general. Son prácticas que contribuyen a sensibilizar en la temática, permiten despejar mitos y prejuicios, y sirven para hacer frente a la discriminación/estigmatización.

El tercer grupo incorpora sólo aquellos argumentos que señalan cierta eficacia sobre comportamientos o capacidades de prevención del VIH o cuidado de la salud: que generan capacidades de *promoción/cuidado*, facilitan/hacen más eficiente la prevención/diagnóstico/tratamiento y facilitan el acceso a materiales de prevención/cuidado, por ejemplo.

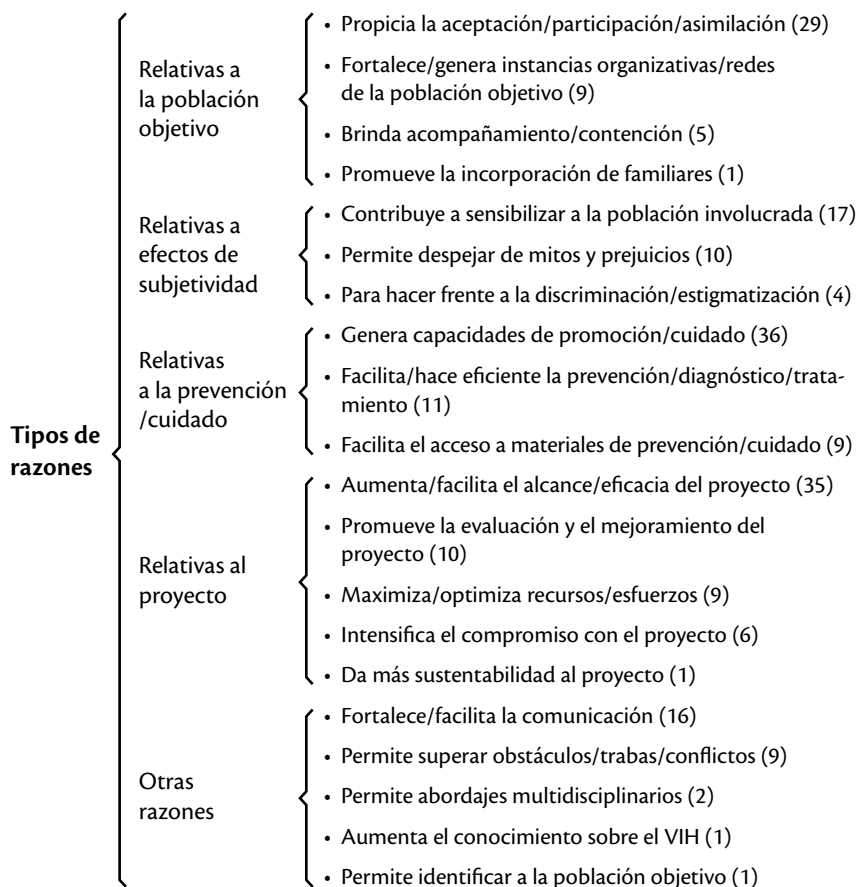
Finalmente, un cuarto grupo comprende un conjunto de razones vinculadas con el mejoramiento de las actividades relacionadas con el *proyecto*. Son consideradas efectivas por aumentar/facilitar su alcance/eficacia, promover su mejoramiento, maximizar esfuerzos, intensificar el compromiso con el proyecto y darle más sustentabilidad.

En el siguiente esquema se presenta la clasificación exhaustiva de las 20 razones mencionadas por los coordinadores en cada uno de los cinco grupos antes descriptos: relativas a la población objetivo, a efectos de subjetividad, a la prevención/cuidado, al proyecto, y otras.

Al evaluar los tipos de argumentos que dan cuenta de la efectividad de las prácticas mencionadas por los coordinadores, se observan sensibles diferencias entre distintas líneas de intervención. La efectividad evaluada en función de cambios actitudinales en la población objetivo predomina entre quienes trabajan con UD, TS, GLTTB y otros HSH, con PVVS y con población en situación de pobreza. En estos casos, el logro de aceptación y la mayor participación de la población objetivo son las explicaciones más recurrentes.



## Esquema 2. Clasificación de las razones/fundamentos



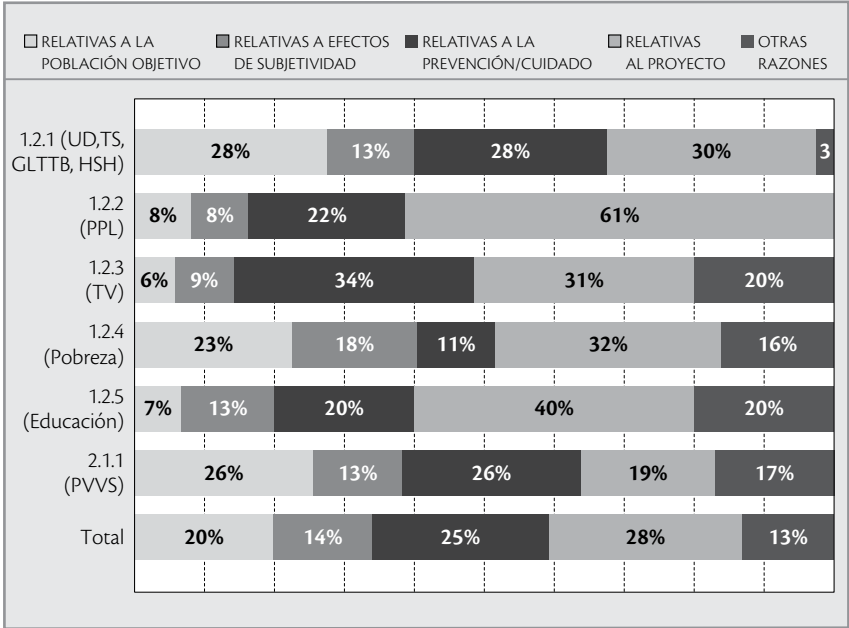
Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores (preguntas abiertas).

La fundamentación del éxito de las experiencias parece estar relacionada en menor medida con los efectos de subjetividad. No sólo a nivel agregado sino también dentro de cada línea de intervención, si bien tiende a cobrar una mayor gravitación entre los coordinadores de proyectos orientados a PPL y a personas en situación de pobreza.

Las respuestas que asocian la efectividad de las prácticas al mejoramiento de las capacidades de prevención del VIH y cuidado de la salud

predominan en general. En particular, resulta posible encontrarlas en mayor proporción entre aquellas líneas de acción destinadas a PPL y a madres y mujeres embarazadas: en ambos casos, la generación de capacidades de promoción/cuidado predomina entre las respuestas. También resulta notable la relativa ausencia de respuestas de este tipo entre los proyectos que atienden la situación de personas en situación de pobreza.

**Gráfico 6. Tipo de razones según línea de intervención**



Fuente: elaboración propia en base al cuestionario aplicado a todos los coordinadores (preguntas abiertas).

El éxito asociado al mejoramiento del proyecto es otro de los tipos de razones que concitan una mayor frecuencia de respuestas, no obstante parece asumir mayor relevancia entre quienes trabajan con jóvenes escolarizados o con población en situación de pobreza: mientras que entre los primeros la promoción del mejoramiento del proyecto es la razón predominante dentro de esta dimensión, en los segundos la mayor eficacia está dada por el aumento del alcance o la eficacia de la iniciativa.

### 6.3. Las seis prácticas efectivas más señaladas

En cuanto a la conexión que los coordinadores entrevistados entablan entre aquellas prácticas por ellos consideradas exitosas y las razones que explican el éxito, cabe centrarse en las seis prácticas más recurrentemente señaladas como efectivas, pues las mismas totalizan casi el 60% de las respuestas.

Tres de las seis experiencias más mencionadas son actividades. La más frecuente de ellas es el trabajo en *talleres/jornadas*. El éxito de este tipo de prácticas se encuentra fundado en todas las tipologías de razones (relativas a la población objetivo, a efectos de subjetividad, a la prevención/cuidado, al proyecto, a otras). Sin embargo, los coordinadores tienden a asociar mayormente el éxito de esta práctica con aquellas razones relativas a efectos de subjetividad, a la prevención/cuidado o bien al proyecto en sí.

Los talleres/jornadas son eficaces, en relación con los efectos de subjetividad, porque permiten despejar de mitos y prejuicios y porque contribuyen a sensibilizar a la población involucrada. En términos de prevención/cuidado, los talleres generan capacidades de cuidado y permiten hacer más eficiente la prevención. En lo relativo al mejoramiento del proyecto, este tipo de prácticas contribuye a incrementar su alcance y promueve su mejoramiento. Finalmente, los talleres propician la participación/aceptación del proyecto (razón relativa a la población objetivo) y fortalecen la comunicación con la población objetivo (otras razones).

El segundo tipo de actividades consideradas como exitosas son las *consejerías/centros* de información en lugares clave. En este caso no se observan fundamentos de la eficacia vinculados a los efectos de subjetividad; no obstante, las restantes clasificaciones de razones fueron (en mayor o menor medida) aludidas.

Las principales razones que explican el carácter exitoso de las consejerías/centros de información refieren a la prevención/cuidado de la población: los tres tipos de explicaciones que se incluyen en este grupo (generación de capacidades, facilitación de la prevención y acceso a materiales de prevención/cuidado) fueron mencionadas por los coordinadores. En segundo lugar, las consejerías son prácticas exitosas por tener efectos sobre la población objetivo, por propiciar su participación y brindarle acompañamiento. Finalmente, este tipo de prácticas contribuye a aumentar el

alcance del proyecto (explicación relativa al proyecto) y a superar obstáculos e identificar a la población objetivo (otras razones).

La última de las actividades incluidas entre las seis prácticas más mencionadas por los coordinadores es el *trabajo en campo*. Las razones de la eficacia de esta práctica se encuentran repartidas entre todos los grupos de razones –con la excepción del grupo residual– en igual medida.

El trabajo en campo es eficaz, en términos relativos a la población objetivo, por fortalecer instancias organizativas de los beneficiarios y propiciar la aceptación y participación. En lo que a los efectos de subjetividad refiere, esta práctica es exitosa pues, a decir de los coordinadores, contribuye a despejar de mitos y prejuicios y a sensibilizar a la población involucrada. Para los coordinadores entrevistados, otras razones son que generan capacidades de prevención/cuidado y que facilitan a la población objetivo el acceso a materiales, fundamentos relativos a la prevención/cuidado. Por último, el trabajo en campo es una experiencia positiva por incrementar el alcance y promover mejoras del proyecto.

Las razones que llevan a considerar exitoso el empleo de *técnicas artísticas/lúdicas* refieren fundamentalmente a que este tipo de estrategias tiene un fuerte impacto en términos de efectos de subjetividad. Según los coordinadores entrevistados, los juegos y técnicas artísticas contribuyen a eliminar prejuicios, a sensibilizar a la población involucrada en general y permiten hacer frente a problemas tales como la estigmatización y la discriminación.

Otros tipos de fundamentos fueron también señalados a la hora de argumentar el empleo de este tipo de técnicas: en lo que a la población objetivo refiere, esta estrategia propicia la aceptación y la participación de los beneficiarios, así como la asimilación de contenidos relativos al VIH/sida; con relación al proyecto, los coordinadores señalan que contribuyen a aumentar su eficacia en el logro de objetivos; finalmente, esta estrategia es tributaria de mejores resultados en materia de comunicación.

El *trabajo con promotores pares* es otra de las principales prácticas exitosas mencionadas por los entrevistados y las razones de ello se encuentran mayormente relacionadas con efectos sobre la población objetivo y sobre el proyecto en sí. En términos de impacto sobre la población objetivo, el trabajo con promotores pares aumenta la participación, brinda acompañamiento y contención y contribuye a fortalecer instancias orga-

nizativas. La efectividad evaluada en términos del proyecto en sí está fundada, según transmiten los coordinadores, en el hecho de aumentar/facilitar su alcance, promover su mejoramiento y en que permite maximizar u optimizar recursos que son escasos. El trabajo entre promotores pares y pares también contribuye a generar capacidades de prevención/cuidado y a fortalecer la capacidad de comunicarse con la población beneficiaria.

La última de las seis prácticas consideradas exitosas es la *articulación con otras organizaciones o instancias*. En este punto los coordinadores suelen referir a una relativamente variada gama de relaciones interorganizacionales, que van desde convenios altamente formalizados con actores del sector público o de la sociedad civil hasta acuerdos más informales (de palabra) con instancias organizativas de la comunidad de residencia de la población beneficiaria.

Las razones más aludidas por los coordinadores para fundamentar la eficacia de este tipo de prácticas refieren, en primer lugar, a aspectos relacionados con el proyecto en sí y, en segundo lugar, a aquellos relativos a la prevención/cuidado de la población objetivo. Entre las razones vinculadas al proyecto en sí, la articulación con otras instancias es considerada exitosa por aumentar el alcance/eficacia del proyecto, coadyuvar a la maximización u optimización de recursos escasos, intensificar el compromiso del equipo de trabajo y favorecer la continuidad o sustentabilidad de cada iniciativa de intervención. En términos de prevención y cuidado, esta práctica también resulta exitosa para los coordinadores porque genera capacidades, permite hacer más eficiente la prevención, el diagnóstico y/o el tratamiento y porque contribuye a facilitar el acceso de los beneficiarios a materiales de prevención o cuidado. Los coordinadores aluden también a otros tipos de razones del éxito de la articulación interinstitucional, tales como el fortalecimiento de las redes organizacionales de la población objetivo, el mejoramiento de las capacidades comunicacionales y la superación obstáculos o conflictos en la implementación misma de la estrategia de intervención.



## 7. Principales resultados

Los resultados centrales de la sistematización de experiencias de proyectos se presentan en función de los objetivos del trabajo. De este modo, mediante los relatos y respuestas de los coordinadores, promotores y beneficiarios, se identificaron debilidades y fortalezas de las actividades de prevención y control más difundidas, como las expectativas y demandas aún no satisfechas y, también, aquellas prácticas efectivas relacionadas, principalmente, con los logros alcanzados.

Las debilidades sustanciales encontradas por los actores involucrados son:

- » La dificultad que presentan varios coordinadores y promotores en la confección de registros y en la presentación de documentación, una cuestión importante para agilizar la gestión de los proyectos.
- » Los cortos tiempos de ejecución, los procedimientos administrativos complejos y la escasez de recursos, dificultades mencionadas tanto por coordinadores como por promotores.
- » Las trabas burocráticas o de determinados actores, vinculadas a las rigideces propias de las instituciones del servicio penitenciario.
- » Las reticencias de algunos actores del sistema educativo para acceder a las actividades de prevención y control.
- » El limitado acceso al sistema de salud y/o el poco apoyo recibido del sistema de salud local manifestado por varios coordinadores de proyectos referidos a grupos vulnerables, aquellos que trabajan con personas privadas de libertad y quienes lo hacen en prevención de la transmisión vertical.
- » La negativa de las poblaciones vulnerables a hacerse controles expresada por algunos coordinadores de proyectos de prevención de la trans-

misión vertical, población en situación de pobreza y niños huérfanos afectados por el VIH/sida.

- » Los obstáculos asociados a la situación de pobreza para quienes trabajan con esta población.
- » La persecución policial sufrida por determinadas poblaciones vulnerables, TS y GLTTB centralmente.
- » La incertidumbre en torno a la continuidad de los proyectos mencionada por los promotores.
- » Varios de los beneficiarios entrevistados aún no se han efectuado el test de VIH, si bien hay una proporción de ellos que sí lo han hecho luego de participar en los proyectos.

Mientras que las fortalezas importantes y más mencionadas refieren a:

- » Los antecedentes de la organización, la experiencia de trabajo, los contactos previos, el conocimiento de la población objetivo y la capacidad de planificación, como factores clave que facilitan la implementación de los proyectos.
- » La capacidad de adaptación de las organizaciones responsables de los proyectos y de superación de los problemas encontrados, mediante la reacomodación de tiempos, actores, el compromiso y responsabilidad de los equipos y la creación de nuevas relaciones con organizaciones.
- » El asesoramiento continuo y el apoyo técnico de parte de UBATEC, fundamentalmente en materia administrativa y de monitoreo, como factores facilitadores de la gestión de los proyectos.
- » La capacitación de pares, siempre que sea a través de referentes comunitarios del propio barrio, permite un contacto continuo con la población objetivo.
- » El trabajo con promotores pares en los proyectos referidos a grupos vulnerables (UD, TS, GLTTB y otros HSH) y a PVVS favorece una mejor llegada a estas poblaciones.
- » Las relaciones establecidas entre organizaciones y/u organismos públicos de salud contribuyen a la sustentabilidad de los proyectos.
- » Las capacitaciones, altamente valoradas por los promotores, les permiten contar con mayores conocimientos en temas de VIH y más y mejores habilidades para trabajar con la población objetivo.



- » Los promotores se reconocen como sujetos activos en la ejecución de los proyectos, participando en la toma de decisiones, en la elaboración de guías de supervisión y en la mejora de las actividades, por poner algunos ejemplos.
- » Los beneficiarios manifiestan interés en las distintas actividades de prevención y control y validan que los materiales de prevención –folletos informativos, preservativos, etc.– han llegados a ellos.

A su vez, las expectativas y demandas aún no satisfechas por los distintos actores involucrados son:

- » Promoción de la consejería al recibir los resultados del test serológico, ya que pocos beneficiarios la obtuvieron.
- » La necesidad de dar continuidad a los proyectos manifestada por algunos coordinadores.
- » El mayor entrenamiento para llevar adelante acciones conjuntas con otras organizaciones es una demanda sentida por varios coordinadores.
- » La necesidad de tiempos más extensos de ejecución y de procesos administrativos más amigables y mayores recursos.
- » Los niños en situación de calle, adultos mayores, población con capacidades diferentes y poblaciones aborígenes son sectores poblacionales que no son considerados.
- » El acceso a la salud y a condiciones de vida acordes a la identidad de género, acciones de incidencia política en relación con la reglamentación y aplicación de la ley de protección y prevención y asistencia en VIH/sida y adherencia en tratamientos inyectables (T20) son temas que requieren mayor promoción.

En lo que respecta a las prácticas efectivas, cabe destacar las opiniones de los coordinadores de los proyectos cuando se les pregunta por “buenas prácticas”, en base al concepto empleado en la “Encuesta sobre Sistematización de Experiencias (2006)”, entendiéndose por tales a aquellas experiencias que los responsables de los proyectos hayan llevado a cabo con éxito y que consideran que son más efectivas que otras, realizadas con el mismo propósito y la misma población.

Los coordinadores han mencionado una serie de experiencias que pueden esquematizarse en cuatro grupos de prácticas efectivas: *a)* ac-

tividades de promoción, prevención o cuidado realizadas por cada proyecto (por ejemplo: trabajo en talleres y jornadas, consejería, trabajo en campo); *b*) el segundo grupo está relacionado con estrategias para llevar a cabo dichas actividades (técnicas artísticas y lúdicas, materiales elaborados por pares de la población objetivo); *c*) un tercer grupo de prácticas efectivas refiere a la integración misma de los equipos (contar con promotores que sean pares de la población objetivo, capacitación de promotores, reuniones con el equipo, etc.); *d*) un último tipo de prácticas refiere al mejoramiento de procesos internos u organizacionales (articulación con otras organizaciones o instancias, inclusión de voluntarios y pares en las decisiones, etc.).

La efectividad de estas prácticas obedece a su vez a cuatro tipos de razones: *a*) la generación de cambios actitudinales en la población objetivo (contención experimentada, aceptación y participación en las actividades); *b*) aquellas vinculadas a los efectos de subjetividad en la población en general (prácticas que sensibilizan en la temática del VIH y permiten despegar mitos y prejuicios); *c*) razones relativas a la prevención y cuidado (facilitan la prevención y el tratamiento, generan capacidades preventivas); *d*) aquellas vinculadas al mejoramiento del proyecto (aumentan la eficacia del proyecto o le dan más sustentabilidad y maximizan esfuerzos).

Por otra parte, si se considera que una práctica efectiva es aquella que logra alcanzar los resultados esperados, es decir, los objetivos planificados,<sup>14</sup> adecuándose los resultados a las necesidades de la población; y que, además, es efectiva cuando es sustentable en el tiempo, o sea, cuando se logra la formación y el desarrollo de capacidades para la autoorganización, para la gestión económica del proyecto y para la “gestión social” del mismo asociada a las redes establecidas en sus respectivos ámbitos; se puede concluir que una mayoría de los proyectos ejecutados han sido efectivos en gran medida ya que han alcanzado una serie de logros importantes. Esta conclusión se argumenta en los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos a partir de la sistematización de experiencias de proyectos.

Por su lado, los coordinadores responden que las aspiraciones y objetivos de los proyectos a su cargo se han cumplido en gran medida. Mediante sus relatos es factible agrupar los objetivos cumplidos o los principales

---

<sup>14</sup> Cf. SIEMPRO/UNESCO (1999) *Op. cit.*

logros en las siguientes definiciones: *a)* la promoción del cuidado y la capacitación e integración de la población objetivo para la prevención y el mejoramiento de su calidad de vida, a modo de ejemplo: los cambios subjetivos en la población respecto a un mayor conocimiento del VIH y sobre el uso del preservativo, y el testeo voluntario de las mujeres embarazadas; *b)* el establecimiento de mecanismos de prevención/promoción que perduren en el tiempo, como la capacitación de pares que actuarán como multiplicadores en el futuro, el logro de acuerdos interinstitucionales y la instalación de servicios de consejería en centros de salud; y *c)* la ampliación del alcance del proyecto, es decir, logros que han excedido los pautados originalmente, como la obtención del boleto social para las PVVS, el trabajo en sensibilización sobre derechos y ciudadanía, y la reducción de estigmatización y discriminación en poblaciones beneficiarias.

Cabe resaltar que casi todos los promotores entrevistados también refieren a estos logros cuando relatan las experiencias de trabajo exitosas. Asimismo, la evaluación sobre la efectividad de los proyectos en los que participan es altamente positiva, de un 8,7 sobre 10 en promedio.

Muchos coordinadores (62%) consideran bastante altas o muy altas las posibilidades de continuidad de los proyectos; en varios casos porque ya consiguieron financiamiento, si bien hay una proporción importante (48%) que encuentra con dificultades para ello o al menos por el momento no ha resuelto este tema.

Más allá de que existen aspectos problemáticos y necesarios de mejora en la gestión de los proyectos, es un dato saliente que casi todos los coordinadores dicen haber podido superarlos, aunque un 9% los resolvió de forma muy limitada. También los promotores comentan que las dificultades no han opacado los logros de cada proyecto y que han sido, mayormente, resueltas. En este sentido, su participación activa en la toma de decisiones y sus aportes para mejorar las tareas han contribuido a la superación de algunos obstáculos.

Además, todos los coordinadores entrevistados consideran que mejoró la capacidad de los actores integrantes del proyecto, tanto en el incremento de la calificación técnica como de la administración en general para la implementación de tareas para la prevención del VIH.

Al respecto, a los promotores les han resultado muy satisfactorias las capacitaciones, y el trabajo en terreno les permitió comprender el entre-

namiento recibido, valorando las estrategias adquiridas para acercarse a la población objetivo y los conocimientos alcanzados en temas de VIH.

Prácticamente todos los coordinadores mencionan que se encuentran trabajando en interrelaciones o redes con otros organismos públicos, principalmente, o con OSC/ONG; también consideran que esos vínculos son efectivos para el logro de los objetivos, aunque varios requieren mayor asesoramiento en la temática.

La mayoría de los promotores contactados consideran que es alto o medio el grado de sensibilización alcanzado en temas de estigma y discriminación de las PVVS como de promoción de ciudadanía y derechos.

Por último, la mayor parte de los beneficiarios realiza una evaluación positiva –muy buena– tanto de los proyectos como de los promotores. Y casi todos (39 de 41) mencionan que han modificado sus experiencias personales en relación con el VIH a partir de la participación en los proyectos, ya que ahora se encuentran más informados sobre el tema y ello les permite tanto cuidarse más como transmitir sus conocimientos a otras personas.

## Bibliografía

- » BID-OBSERVATORIO SOCIAL (2006): Presentación Institucional, Programa para el Análisis de Procesos Participativos de Diseño e Implementación de Políticas Sociales. Buenos Aires.
- » BERDEGUÉ, J.; OCAMPO, A.; ESCOBAR, G. (2002), *Sistematización de experiencias locales de desarrollo agrícola y rural. Guía Metodológica. Versión 2*. FIDAMERICA/PREVAL. Santiago, Chile.
- » CHITARRONI, H. (Coord.) (2008): *La investigación en Ciencias Sociales: lógicas, métodos y técnicas para abordar la realidad social*. Buenos Aires, Universidad del Salvador.
- » FOLLARI, R. (1998): “Algunos problemas en torno a la investigación cualitativa”, en *Revista de Ciencias Sociales* N° 9. Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
- » GALLART, M. A. (1993): “La integración de métodos y la metodología cualitativa”, en FORNI *et al.*: *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- » GLASER, B; STRAUSS, A. (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Nueva York, Aldine Publishing Company.
- » HUBERMAN, M.; MILES, M. (1994): “Data Management and Analysis Methods”, en DENZIN, N.; LINCOLN, Y.: *Handbook of Qualitative Research*. California, Sage Publications.
- » JORRAT, R.; CHACÓN, M. J.; ENDRIGO, L. (2006), Informe “Encuesta sobre Sistematización de Experiencias. Proyecto ‘Apoyo a las actividades de prevención y control del VIH/sida en Argentina’”, Buenos Aires, UBATEC.

- » KREMENCHUTZKY, S. (2003): Documento de trabajo “Sistematización de experiencias: su importancia y pertinencia para PRODERNEA-PRODERNOA”. Buenos Aires.
- » MASON, J. (1996): *Qualitative Researching*. Londres, Sage Publications.
- » MAXWELL, J. (1996): *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*, Londres, Sage Publications.
- » MAYNTZ, R. (1985): *Introducción a los métodos de la sociología empírica*, Madrid, Alianza.
- » MKHONZA, S. (1995): “Life Histories as Social Texts of Personal Experiences in Sociolinguistic Studies”, en JOSSELSO, R.; LIEBLICH, A. (ed.): *The Narrative Study of Lives*, Vol. 3. California, Sage Publications.
- » SCHUTZ, A. (1974): *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu.
- » SIEMPRO/UNESCO (1999): *Gestión integral de programas sociales orientada a resultados*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- » VASILACHIS DE GIALDINO, I. (1993): *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.