

1998

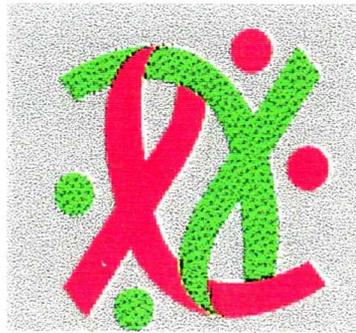
Evaluación de la eficacia del proyecto de prevención en HIV/SIDA y ETS ejecutado en el municipio de Gral. Pueyrredón durante 1997

García Morillo, Alejandra

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/677>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



***Evaluación de la Eficacia del
Proyecto de Prevención en HIV/SIDA
y ETS ejecutado en el Municipio de
Gral. Pueyrredón durante 1997***

Lic. Alejandra García Morillo

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario 2344	signatura top
Vol	part
Biblioteca Nacional de Mar del Plata	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y
SERVICIO SOCIAL**

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO
DE
*Magister en Gestión de Servicios de
Salud***

1998

*A Luis, compañero incansable de sueños y luchas
A mis hijos, fuente inagotable de energía y de fé en el futuro*

Agradecimiento

Deseo agradecer muy especialmente al Dr. Luis César Abed, por la paciencia y la constancia docente en la orientación para que esta Tesis pudiera ser realizada.

A la Dra. Nidya Fernández, quien me motivara incansablemente para descubrimientos y aprendizajes sucesivos.

A la Dra. Nené Úbeda por las horas de enseñanza de EPI que generosamente me brindó. Por último, a Alejandra Comejo, sin cuya ayuda inestimable jamás hubiera podido llegar al fin

Abstract

El presente trabajo evalúa la eficacia alcanzada por el Proyecto de Prevención de HIV/SIDA y ETS ejecutado en el Municipio de General Pueyrredón en el año 1997.

El Proyecto, financiado por la Unión Europea, estuvo destinado a la capacitación de Líderes Comunitarios y Equipos de Salud y se implementó a través del Programa Municipal de Sida, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública.

La Capacitación se efectuó en diez barrios del Municipio en los cuales funcionan Centros de Salud Municipales y se implementó a través de Talleres: cuatro, para Equipos de Salud y siete, para Líderes Comunitarios (Mujeres adultas en edad reproductiva y Adolescentes de ambos sexos).

El Proyecto fue evaluado en tres aspectos:

- **Evaluación de Proceso:** Estructura y Funcionamiento del Proyecto a través del **Análisis Administrativo Sistémico**.
- **Evaluación de Resultado:** en función de los Objetivos planteados. Se utilizaron como indicadores la **cobertura alcanzada** para ambos grupos y los **materiales producidos** por los Líderes Comunitarios durante la capacitación.
- **Evaluación de Impacto,** o consecuencias de la capacitación. Se emplearon como indicadores los **Proyectos de Multiplicación elaborados por Líderes Comunitarios y Equipos de Salud y una Encuesta de Intención de Uso del Preservativo diseñada y aplicada** por un grupo de adolescentes durante la capacitación.

Si bien las experiencias anteriores de implementación de Proyectos Preventivos muestran la dificultad para poder evaluar su eficacia consideramos, muy modestamente, haber hecho un aporte atento a los resultados obtenidos que superaron ampliamente las metas propuestas.

INDICE

Introducción

1. Fundamentación	3
2. Objetivos	5
3. Marco Teórico	6
3.1. La marcha de la Epidemia	6
3.1.1.El SIDA en el Mundo	6
3.1.2.El SIDA en América	7
3.1.3.El SIDA en la Argentina	9
3.1.4.El SIDA en Mar del Plata	19
3.2. Estado del Conocimiento Científico en Prevención de HIV/SIDA	23
3.3. Problemas en la Evaluación de Proyectos de Prevención de VIH	29
3.4. Algunos Modelos Preventivos que orientaron el Proyecto Prev/SIDA C.E.	31
4. Diseño Metodológico	32
5. Evaluación de la Eficacia del Proyecto	35
5.1. Descripción del Area de cobertura geográfica y poblacional	35
5.2. Descripción de la base de asentamiento Institucional	45
5.3. Descripción del Proyecto	54
5.4. Evaluación del Proyecto: Indicadores	64
5.4.1. Evaluación de Proceso:	66
5.4.1.1.Análisis Administrativo Sistémico	66
5.4.2. Evaluación de Resultado:	78
5.4.2.1. Cobertura	83
5.4.2.2. Producción participada de materiales	86
5.4.3. Evaluación de Impacto:	87
5.4.3.2. Proyectos de multiplicación de Líderes y Equipos	87
5.4.3.1.Encuesta sobre intención de uso de Preservativo	97
6. Conclusiones	107
Bibliografía	109
Anexos	114

INTRODUCCIÓN

Hace mas de quince años que en Estados Unidos, apareció el primer caso de SIDA. A partir de ese momento, la infección por el virus de inmunodeficiencia se ha extendido rápidamente por el mundo produciendo cambios que atraviesan los modos de vida y de pensamiento de la población de todo el planeta.

Si observamos la marcha de la Epidemia podemos ver, a través de las cifras, una realidad dramática, que evidencia hasta qué punto el SIDA se ha instalado en la sociedad contemporánea con intenciones de quedarse. " El número de casos de SIDA se cuenta por millones y la misma medida es aplicable a las muertes asociadas a la inmunodeficiencia ".¹

La presencia del SIDA en este fin de siglo, ha provocado, entre otras cosas, una renovación de las prácticas de Salud Pública, al reconocer que " se ha focalizado un movimiento que va mas allá de la información, la educación y las campañas comunicacionales, para garantizar diversas formas de cambio estructural y promover estrategias poderosas que permitan suministrar adecuadamente a las comunidades vulnerables las herramientas necesarias para ocuparse de su propia vulnerabilidad".²

Como vemos, para responder con efectividad al SIDA, no basta con cambios individuales de conducta, si no que "se hace indispensable un cambio social ya que es innegable que la epidemia se encuentra hoy demasiado íntimamente ligada con la pobreza y la miseria".³ "Esto implica que las urgentes medidas a corto plazo deberán enmarcarse en una visión de largo alcance que asegure relaciones sociales más simétricas, donde el derecho a la vida y a la salud, puedan, finalmente, ser efectivos".⁴

Si bien " hemos sido testigos de importantes avances en la comprensión de la epidemiología por la infección de HIV y de tecnologías novedosas en la atención de personas que viven con HIV y con SIDA"³, dichos avances, hasta la fecha, no incluyen otros aspectos no menos relevantes de la expansión de la enfermedad, como por ejemplo el diferente grado de vulnerabilidad a que está expuesta la población mundial. Se calcula que para el año 2.000 " el 90% de la epidemia estará concentrada en países en desarrollo "⁴, pero los recursos para su tratamiento y prevención, estarán en los países desarrollados

En coincidencia con estos conceptos, expresaba el Presidente de la Sociedad Argentina de SIDA, " El SIDA afecta de manera claramente diferente a quienes tienen medios para solventar su costo y a quienes dependen de los recursos que el estado asigne al efecto."⁵

Los sectores responsables del control de la enfermedad en muchos países en desarrollo, están realizando un esfuerzo adicional para la optimización de los recursos escasos y la creación de alternativas de prevención novedosas, rápidas y efectivas en las cuales la participación social, las tecnologías apropiadas y la educación popular intentan ser los protagonistas reales de las estrategias de prevención en HIV/SIDA.

¹ Cahn, P. *La conspiración de los idiotas, Actualizaciones en SIDA, Vol.4 N°12, pág 63, Bs.As. 1996*

² Parker, Richard G. *op.cit.*, pág. 174

³ Parker, Richard G. *op.cit.* pág. 174

⁴ Parkeer, Richard G. *op.cit.*

⁵ Parker, Richard G. *XI International Conference on AIDS, Vancouver RBSP, Vol 4 N°13 Set 96*

Es importante que algunas de estas alentadoras experiencias preventivas de HIV/ETS/SIDA en nuestro país, sean socializadas y difundidas a fin de ponerlas a consideración de los Sectores Públicos y privados responsables de la Salud Pública para ser evaluadas y eventualmente reproducidas.

El presente trabajo, de Evaluación de la Eficacia del Proyecto de Prevención en HIV/SIDA y ETS, ejecutado en el Municipio de Gral. Pueyrredón durante 1997, se originó en un convenio firmado entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Programa Provincial de SIDA) y la Unión Europea y fue financiado por ésta. El Proyecto, administrado por la Agencia Alemana de Cooperación G.T.Z., fue ejecutado simultáneamente en cuatro Municipios de la Pcia. de Buenos Aires: La Matanza, Moreno, Berazategui y de General Pueyrredón.

El Proyecto, ya finalizado, tuvo dos años de duración: el primer año fue de organización y planificación y el segundo, de ejecución. En esta última fase, el Proyecto consistió, básicamente, en la Capacitación en Prevención en tres niveles: Equipos de Salud, Líderes Comunitarios y Docentes de nivel Primario y de Enseñanza Media. La responsabilidad de Capacitación de Líderes Comunitarios y Equipos de Salud, fue de los Municipios. La del nivel docente se efectuó, mediante convenio, con la Universidad Nacional de La Plata.

El Municipio de General Pueyrredón fue seleccionado por GTZ en función de sus antecedentes en Prevención desde el Programa Municipal de SIDA dependiente de la Sub Secretaría de Salud, Secretaría de Calidad de Vida, MGP. El Proyecto en su faz de ejecución, se implementó entre marzo de 1997 y marzo de 1998. Fueron sus destinatarios directos agentes de salud del Sector Público: Nación, Provincia y Municipio y del Sector Privado: ONGs y también Líderes Comunitarios (Mujeres en edad reproductiva y Adolescentes) y Docentes de 35 Escuelas Provinciales y Municipales.

La evaluación de Programas Preventivos en HIV/SIDA ofrece dificultades, que explican las escasas experiencias sistematizadas al respecto. Uno de los aspectos en debate se refiere a los métodos mas aptos para evaluar ¿Son los cuantitativos o los cualitativos o una combinación de ambos los que nos indicarán el grado de eficacia de un Programa?

En el presente trabajo nos proponemos evaluar, precisamente, la eficacia del Programa de Prevención en el Partido de General Pueyrredón. Mas allá de las limitaciones que pueda tener, confiamos en su utilidad para futuras estrategias de prevención.

1.- FUNDAMENTACIÓN

“El ONU-SIDA y la OMS, estiman que mas de 30 millones de personas estaban viviendo con la infección de HIV al final de 1997⁶. La elocuencia con que habla esta cifra acerca de la propagación de la enfermedad, muestra lo imperioso que resulta abordar con criterios realistas y efectivos estrategias de Prevención.

Existen, además, tendencias en la epidemia que la tornan mas preocupante aún. “El SIDA es cada vez mas joven y más femenino “tal como lo expresara la Dra. Carmen Martarena, Jefa de Infectología del Hospital de Niños de Rosario (Provincia de Santa Fe, Argentina) en el cierre del 31º Congreso Nacional de Pediatría efectuado en Mendoza en el mes de septiembre del año 1997⁷.

En efecto, hace diez años, por cada mujer infectada había catorce hombres. Hoy la proporción es de una mujer por cada cuatro hombres. Con relación a la edad, el promedio de infectadas bajó de 35 a 24 años, lo que indicaría una fecha probable de infección entre los 16 y 17 años. Este dato, tan grave por sí mismo es aún más alarmante si se tiene presente que la edad reproductiva de las mujeres indica un mayor riesgo de transmisión de la madre al feto o al recién nacido.

En 1996, las mujeres enfermas de SIDA aumentaron un 27% con relación a 1995 mientras que los hombres en el mismo período aumentaron un 18%. Además, el 66% de las mujeres infectadas es menor de 30 años.

Los datos de ONUSIDA acerca de la incidencia del VIH en los niños es aún mas desgarrante: en 1996 los niños de 0 a 14 años con VIH/SIDA eran de 830.000 y las muertes se estimaban en 350.000. El número de niños que perdieron a su madre a causa del SIDA a mediados de 1997 se estima en 9 millones.

En nuestro país, al 30 de marzo de 1997, el porcentaje de casos pediátricos era de 6,6 ocupando el primer lugar en América Latina. El 92% de los niños argentinos contrajo la enfermedad por vía materna. Para fines de 1997 se estimaba que en el mundo habría un millón de niños menores de 15 años infectados y de ese millón, el 90% vivía en países en desarrollo.

Otro punto a considerar es el costo del Sida. Existe un costo humano derivado del sufrimiento y el dolor que produce en el enfermo, en sus familiares, en sus compañeros y amigos. También existe una pérdida en productividad y creatividad. Y por cierto, un costo económico.

Según el Centers for Disease Control and Prevention, el costo médico por persona con HIV, se estima en USA 119.000 (USA 1.000 por mes, por diez años aproximados de duración de la enfermedad), a lo que hay que agregarle la pérdida del salario por muerte prematura. Los primeros 10.000 casos de SIDA en los Estados Unidos, costaron aproximadamente 480.000 por muerte, lo que significa un total de USA 43,6 billones. En la medida en que la epidemia avance hacia la población más joven, los costos aumentarán.

Por otro lado, un millón de dólares empleados en Prevención de HIV, puede significar un ahorro de 2,7 millones de dólares. Es decir, que las acciones de prevención significa ahorrar

⁶ Boletín sobre el SIDA en la República Argentina, Ministerios de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA, Marzo 1998

⁷ Diario Clarín, pág. 41, 29 de Septiembre de 1997

⁸ Centers for Disease Control and Prevention, ¿ Es la prevención una buena inversión?, <http://chanane.ucsf.edu/capsweb/spinvesttext.html> 21-8-97

fondos, salvar vidas, y modificar el curso de la epidemia.⁸ Tan significativo como responder al costo del SIDA es responder acerca de cual es el costo de la prevención.

Los avances terapéuticos en el tratamiento del HIV, dejan en la sombra los resultados obtenidos con la prevención en aquellos países que han implementado con "seriedad y coraje campañas tendientes a modificar conductas y actitudes individuales"⁹

Al decir de Peter Piot, Director ejecutivo de UNAIDS "Quizás, la lección más importante que nos dan estas buenas noticias reside en que, cuando se trata de la prevención del SIDA, los países no tienen que ser ricos para tener éxito".¹⁰

Como se detalla en el p.3.3., la Evaluación de Programas Preventivos de HIV/SIDA tiene hoy muchas incertidumbres. ¿Cuál es la efectividad real de los Programas, su eficacia y eficiencia?

Evaluar la eficacia de nuestro Programa implica, entre otras cosas, medir si las acciones realizadas se han ajustado a los objetivos establecidos, cual es la cobertura poblacional estimada que ha sido cubierta por el Programa y cuáles son los productos obtenidos.

Si bien existe consenso en que la mera información no es suficiente para modificar el comportamiento desde conductas de riesgo (individuales o grupales) hacia conductas saludables, es el conocimiento acerca de la enfermedad el primer paso para la Prevención. La información sola, no basta. Pero es el comienzo.

⁸Frieder, Kurt, *Un Mundo, una Esperanza* Actualizaciones en SIDA, Vol 4 N°14, Bs.As. Noviembre 1996
⁹Piot, Peter, *XI Conferencia Internacional sobre el SIDA, Conferencia Inaugural*, Actualización en SIDA, Vol 4 N°14, pag 202, Bs. As., Noviembre 1996

2.- OBJETIVOS

2.1.Objetivo General

Evaluar la eficacia del Proyecto de Prevención en HIV/SIDA y ETS , ejecutado en el Municipio de Gral. Pueyrredón durante 1997

2.2.Objetivos Especificos

2.2.1. Describir el Area de cobertura geográfico y poblacional

2.2.2. Describir la base de asentamiento institucional del Programa

2.2.3. Describir y Analizar el Proyecto.

2.2.4. Evaluar la Eficacia del Proyecto: Seleccionar Indicadores:

2.2.4.1.- Evaluar el Proceso:

2.2.4.1.1. Análisis Administrativo Sistémico

2.2.4.2.- Evaluar el Resultado:

2.2.4.2.1. Cobertura de Capacitación alcanzada según metas

2.2.4.2.2. Elaboración de materiales

2.2.4.3.- Evaluar los Productos

2.2.4.3.1. Elaboración de Proyectos de Multiplicación de Líderes Comunitarios y Equipos de Salud

2.2.4.3.2. Encuesta de Intención de uso del Preservativo.

3.- MARCO TEÓRICO

El marco teórico se desarrollará en primer lugar analizando la marcha de la epidemia en cuatro niveles: a nivel mundial, a nivel de las Américas, a nivel Nacional y a nivel local. En segundo lugar presentando el estado del conocimiento científico en prevención de HIV/SIDA. En tercer lugar planteando las dificultades y utilidades de la evaluación de programas preventivos de HIV/SIDA, y en cuarto lugar enunciando los modelos preventivos que dieron marco al Proyecto de prevención que se evalúa.

3.1. La marcha de la Epidemia

3.1.1. El SIDA en el Mundo

Como ya se ha dicho, hacia fines de 1997 se habían infectado en el mundo 30,6 millones de personas. (La cifra incluye 1.1 millones de niños menores de 15 años). Lo grave, es que el 90% de los infectados, vive en países en desarrollo y que la mayoría ignora su condición.

TABLA Nº I: Total de Infectados en el Mundo al 30-12-97

ADULTOS		27,4 MILLONES
VARONES	15,8 millones	
MUJERES	11,7 millones	
NIÑOS		3,2 millones
TOTAL		30,6 millones

Fuente: Onusida, Informe sobre la Epidemia Mundial de VIH/SIDA, Diciembre 1997

Según la misma fuente, persiste la rápida propagación de la enfermedad: en el año pasado, 5,8 millones de personas han contraído la infección, de las cuales 590.000 son niños. Ello equivale a casi 16.000 nuevos infectados diarios de los cuales 1.600 son menores y de los adultos el 40% son mujeres y mas del 50% tienen entre 15 y 24 años de edad¹¹. En dos años mas se calcula que serán 40 millones los infectados

Las defunciones por SIDA en el año '97 alcanzaron los 2,3 millones de personas de las cuales el 40% fueron mujeres y 460.000, niños.

La expectativa de vida tanto en adultos como en niños que tienen acceso a terapias tempranas y sostenidas se ha incrementado notoriamente en los últimos años, en gran parte debido a la prevención y tratamiento adecuado de las enfermedades oportunistas.

En el mundo industrializado se cuenta con información detallada sobre la progresión de la enfermedad, mientras que es relativamente poco lo que se conoce acerca de la progresión de la enfermedad en los países en desarrollo. No obstante, hay alarmantes "estudios en África que mostrarían que tanto los periodos de incubación como los de sobrevida sintomática son mucho mas cortos que en el mundo industrializado".

La Tabla que se presenta a continuación, muestra la distribución de las muertes acumuladas por regiones desde el comienzo de la epidemia.

¹¹ Boletín Epidemiológico, Informe de la Epidemia Mundial del VIH/SIDA, Diciembre de 1997

Tabla N° II Muertes acumuladas al 1-1-96

Región	Adultos	Niños *	Total
1.- América del Norte	352.000	6.000	358.000
2.- Europa Occidental	141.000	2.000	143.000
3.- Oceanía	7.000	< 1.000	7.000
4.- América Latina	458.000	60.000	518.000
5.- Africa Sub-Sahariana	5.611.000	1.999.000	7.610.000
6.- Caribe	115.000	26.000	141.000
7.- Europa Oriental	5.000	< 1.000	5.000
8.- Sudeste Mediterráneo	7.000	< 1.000	8.000
9.- Noreste Asiático	6.000	< 1.000	6.000
10.- Sudeste Asiático	231.000	194.000	425.000
TOTAL MUNDIAL	6.933.000	2.289.000	9.223.000

Fuente: Global AIDS Policy Coalition

Del total de muertes acumuladas por SIDA en el mundo, el 82,5% corresponde al Africa Sub Sahariana y en segundo lugar América Latina con el 5,6%. Si bien la diferencia porcentual es muy grande, está mostrando una alarmante tendencia. Además si se acumulan las muertes de América del Norte, Caribe y América del Sur se arriba a un 11% sobre el total.

3.1.2. El SIDA en las Américas¹²

Si bien América Latina y el Caribe tienen un número significativamente menor de infectados con VIH que Asia o Africa, la zona alberga el 1,3 millones de adultos y niños viviendo con SIDA. El porcentaje de las mujeres adultas VIH positivo es del 19%. El total acumulativo de huérfanos es de 91.000 .

Las principales modalidades de transmisión en los adultos, son la homo-bisexualidad, la adicción a las drogas intravenosas y la heterosexualidad.

¹⁴ Zacarias, F "El SIDA en el Mundo, OPS.HCA/96.005 Vigilancia del SIDA en las Américas y Programa Regional de SIDA/ETS. División de Control y Prevención de Enfermedades, OPS/OMS

TABLA N° III

NUMERO DE CASOS DE SIDA NOTIFICADOS POR PAIS Y SUBREGION Acto

SUB - REGION País	Total (a) Acumulado	SUB - REGION País	Total (a) Acumulado
AMERICA LATINA	146.197	CARIBE	8.972
AREA ANDINA	14.862	Anguila	5
Bolivia	109	Antigua y Barbuda	45
Colombia	6.541	Antillas Neerland.	233
Ecuador	543	Aruba (b)	20
Perú	2.709	Bahamas	1.876
Venezuela	4.960	Barbados	632
CONO SUR	9.654	Dominica	31
Argentina	7.417	Grenada	76
Chile (b)	1.363	Guadalupe	623
Paraguay	190	Guayana Francesa	489
Uruguay	684	Guayana	698
BRASIL	76.396	Islas Caimán	18
ISTMO CENTROAM.	9.224	Islas Turcas y Caicos	39
Belice	138	Islas Vírgenes (R.U.)	11
Costa Rica	898	Jamaica	1.533
El Salvador	1.372	Martinica	344
Guatemala	711	Montserrat	7
Honduras	4.973	Saint Kitts y Nevis	47
Nicaragua	126	S.Vicente y I.Granadinas	68
Panamá	1.006	Santa Lucía	76
México	27.564	Surinam	209
CARIBE LATINO	8.497	Trinidad y Tobago	1.892
Cuba	440	AMERICA DEL NORTE	514.295
Haití	4.967	Bermuda	315
Puerto Rico	13.980	Canadá	12.670
República Dominicana (b)	3.090	Estados Unidos de América	501.310
		TOTAL REGIONAL	669.464

En América Latina, "el VIH afecta fundamentalmente a las poblaciones subatendidas que viven en la periferia social y económica de la sociedad. La epidemia ha afectado preferentemente a los hombres que tienen relaciones con hombres y a los usuarios de drogas endovenosas"¹⁵. Estudios realizados en México entre hombres que tienen relaciones con hombres, muestran que como promedio, hasta un 30% de los integrantes de estos grupos puede estar viviendo con el HIV. Con respecto al porcentaje de infectados estimado en grupos de usuarios de drogas endovenosas, podría llegar hasta el 11% en México y hasta el 50% en la Argentina y Brasil.

¹⁵ Boletín de SIDA de la R. Argentina, Min. de Salud y Acción Social, Programa Nacional de lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA

Si bien la epidemia en América Latina, no presenta hasta ahora la gravedad que en otras zonas, el impacto es enorme: en México, en 1995, era la tercera causa de muerte entre hombres jóvenes de entre 25-34 años con tendencia a aumentar. En la ciudad de Sao Paulo, Brasil, en 1992, el SIDA se convirtió en la principal causa de muerte entre las mujeres de 20-34 años

3.1.3. El SIDA en la Argentina¹⁴

Dentro de América, nuestro país ocupa el quinto lugar de casos acumulados, por detrás de Estados Unidos (581.429), Brasil (110.845), México (30.970) y Canadá (15.101). La tasa de incidencia de SIDA en 1996 por millón de habitantes, mostraba la siguiente distribución.

TABLA Nº IV
Casos acumulados por país (5 primeros)

PAIS	Casos Acumulados
ESTADOS UNIDOS	581.429
BRASIL	
MEXICO	110.845
CANADA	30.970
ARGENTINA	15.101
	12.320

Fuente: El SIDA en la Argentina, Boletín Epidemiológico, Marzo 1998

El 64% del total de los 12.320 casos acumulados hasta la fecha han sido diagnosticados en los últimos cuatro años.

La epidemia crece en todo el país: el área metropolitana (ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) concentra la mayor cantidad de casos, el 68%.

Al analizar la distribución geográfica por sexo, se observa que la Provincia de Buenos Aires, concentra el 48% de los casos femeninos y el 63% de los casos de transmisión vertical. De este total, el 80% se concentra en el conurbano bonaerense.

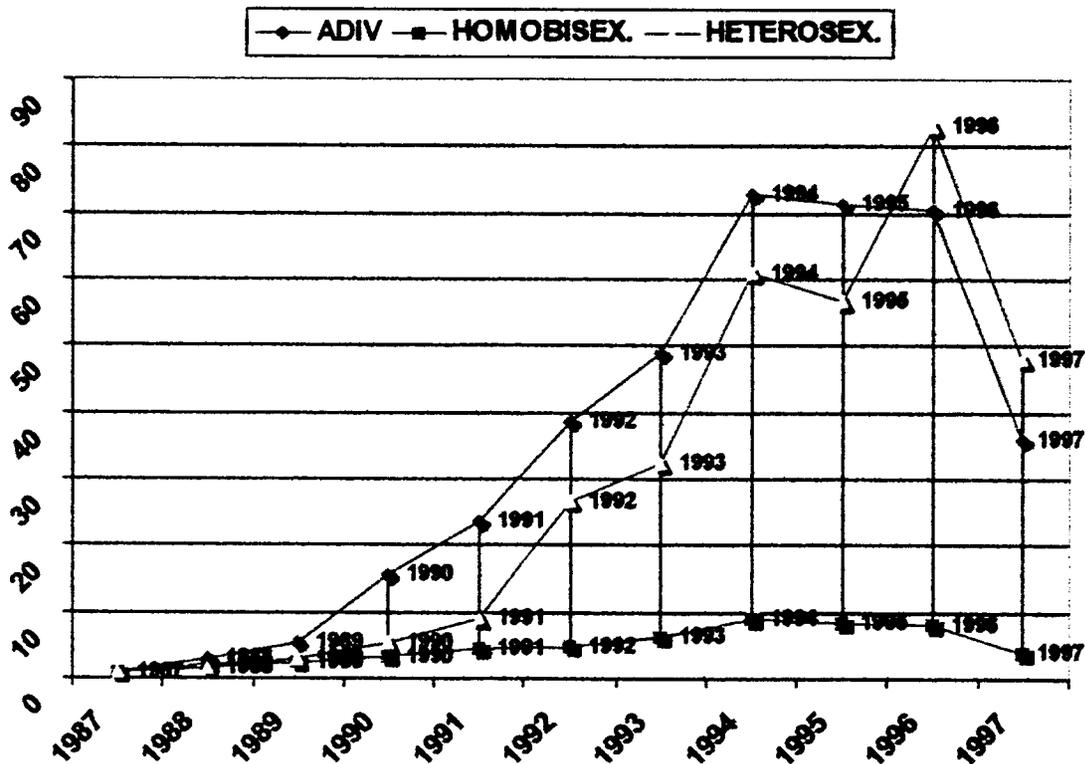
Las vías de contagio difieren por sexo: Para los hombres la distribución es la siguiente: 45% por adicción endovenosa, 36,8% para homo-bi sexualidad, 13% para heterosexualidad y 2,8, desconocido. El resto de los factores de riesgo se mantiene por debajo del 1%.

Para las mujeres adultas, la distribución es la siguiente: 54% por relaciones heterosexuales, 38% por adicción intravenosa, el 3,5 por transfusiones y el 3,3, desconocido. Es decir, que para los hombres la mayor vía de contagio es la adicción intravenosa con un 45%

¹⁴ OPS/OMS Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe trimestral al 10 de diciembre de 1997

Analizaremos ahora la velocidad de crecimiento de los casos de SIDA en nuestro país en mayores de trece años relacionado con el factor de riesgo.

GRAFICO N°1 . CRECIMIENTO DE CASOS DE SIDA EN MAYORES DE 13 AÑOS SEGÚN VIA DE CONTAGIO.



La tendencia creciente que se venía observando desde 1987 de adicción intravenosa como principal factor de riesgo fue superada a partir de 1996 por la heterosexual manteniéndose igual tendencia en 1997.

Esto indicaría que el problema se ha agravado en el sentido que el factor de riesgo ha superado a grupos minoritarios (adictos intravenosos) para extenderse al común de la población que mantiene relaciones sexuales en forma permanente u ocasional sin preservativo.

Por otro lado es interesante observar que el contagio se ha mantenido en valores más o menos estables hasta el año 1996 para factor de riesgo homosexualidad. En ese año se observa una ligera disminución. Cabría investigar si esta disminución se debe ó no a campañas de prevención focalizadas y en ese caso cual ha sido la razón de su éxito.

TABLA N° V TENDENCIA ANUAL DE LOS CASOS DE SIDA INFORMADOS Y ESTIMADOS EN LA ARGENTINA.

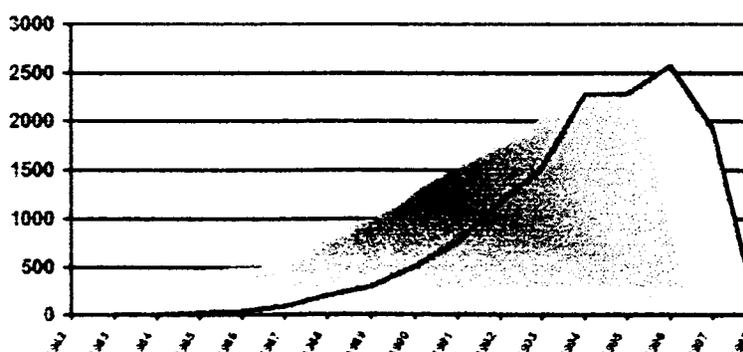
AÑO	Casos Informados	Casos Estimados	Tasas por Millón Habitantes
1982	3	3	0,10
1983	4	4	0,13
1984	7	7	0,23
1985	28	28	0,92
1986	38	38	1,22
1987	92	92	2,95
1988	201	204	6,37
1989	296	303	9,27
1990	491	508	15,19
1991	734	762	22,41
1992	1117	1167	33,85
1993	1447	1521	43,01
1994	2146	2275	62,85
1995	2112	2277	60,74
1996	2288	2578	65,19
1997 *	1254	1929	34,85
1998 *	62	95	
TOTAL	12.320	13.791	

TASAS CALCULADAS SOBRE LOS CASOS INFORMADOS

• CIFRAS PROVISORIAS

- Ministerio de Salud y Acción Social
 - Programa de lucha contra
 - Retrovirus Humano y SIDA

Excluyendo los años 97 y 98 por tratarse de cifras provisionales observamos una tasa en permanente crecimiento que prácticamente se ha duplicado en sólo cuatro años: en efecto en el año 92 la tasa por millón de habitantes era de 33,6 y en año 96 de 65,1.

GRAFICO N° 2: TENDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN ARGENTINA

El gráfico muestra en imagen los datos presentados en la tabla N°VI.

TABLA N° VII CASOS DE SIDA SEGÚN JURISDICCIÓN 1982-1998

Residencia	1982/ 90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Bs.Aires	313	212	355	572	958	937	1055	568	8	4978
Capital	432	279	420	572	777	798	790	333	7	7704
Catamarca	0	0	0	0	1	3	6	2	8	20
Córdoba	56	39	93	86	62	62	67	73	5	543
Corrientes	18	10	12	14	26	27	11	4	2	124
Chaco	8	6	3	5	2	13	13	29	1	80
Chubut	6	3	10	11	6	7	11	13	1	68
E.Ríos	28	11	19	8	12	6	10	2	0	96
Formosa	3	0	0	0	3	2	7	3	1	19
Jujuy	0	0	0	0	3	8	4	5	0	20
La Pampa	1	0	2	5	2	2	1	0	0	13
La Rioja	0	0	0	0	5	0	4	9	0	18
Mendoza	28	19	22	20	16	15	30	30	5	185
Misiones	7	3	8	9	15	11	22	49	0	124
Neuquén	7	2	2	9	10	11	22	8	0	72
Río Negro	7	2	2	11	9	8	7	11	1	58
Salta	3	3	3	11	18	21	20	14	0	93
San Juan	2	7	0	4	22	25	24	11	3	98
San Luis	2	0	0	0	2	0	1	2	9	16
Santa Cruz	13	2	1	5	4	2	4	5	0	36
Santa Fé	125	131	154	74	143	115	133	48	5	926
S.del Estero	1	0	1	10	1	2	7	6	2	30
T.d. Fuego	0	0	3	1	2	7	3	2	0	18
Tucumán	3	0	1	4	22	18	25	21	4	96
Desconoc.	97	4	6	16	25	12	11	6	0	177
TOTAL	1160	734	117	1447	2146	2112	2288	1254	62	12320
								(*)	(*)	

Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social
Programa Nacional de Lucha contra
Los Retrovirus y SIDA

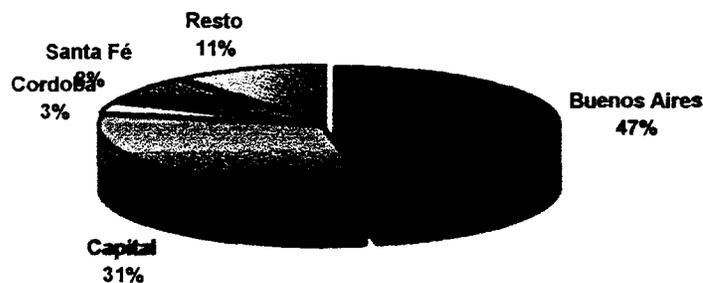
Para el análisis de la presente tabla se excluye el período 82/90 de la segunda columna por tratarse de 8 años juntos y el año 97 y 98 por tratarse de cifras provisorias. En la Tabla se observa que es la Provincia de Buenos Aires la que concentra la mayor cantidad de casos con valores siempre crecientes seguido por la Capital federal quien también muestra una tendencia siempre creciente.

Es interesante observar que las Provincias de Neuquén, Misiones y Formosa duplican la cantidad de casos entre el año 95 y el año 96.

GRAFICO N°3 DISTRIBUCION DE CASOS TOTALES FEMENINOS Y MASCULINOS DE SIDA SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA Argentina 1982-1998

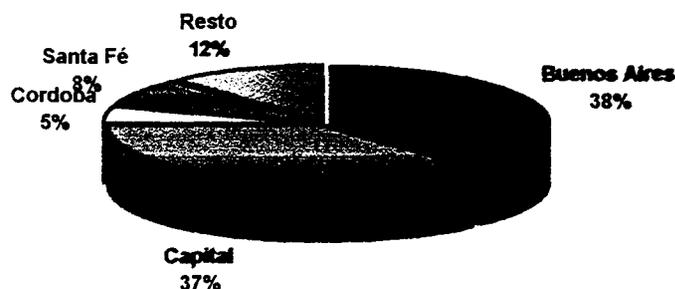
Casos Femeninos

■ Buenos Aires ■ Capital □ Cordoba ■ Santa Fé ■ Resto



Casos Masculinos

■ Buenos Aires ■ Capital □ Cordoba ■ Santa Fé ■ Resto



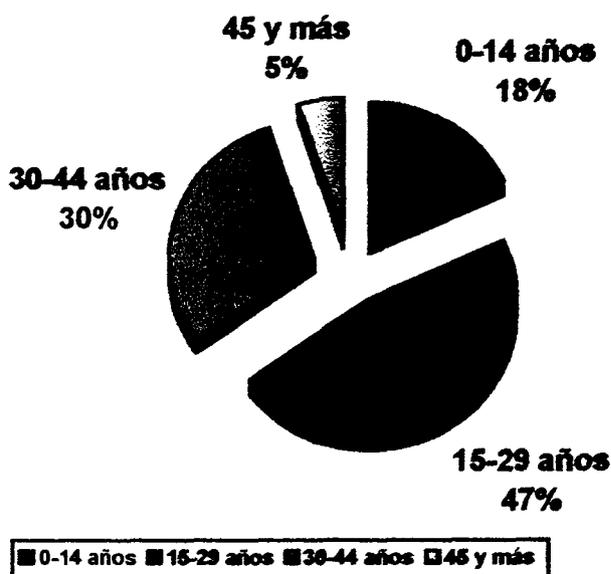
Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social
Programa Nacional de Lucha contra los
Retrovirus del Humano y SIDA

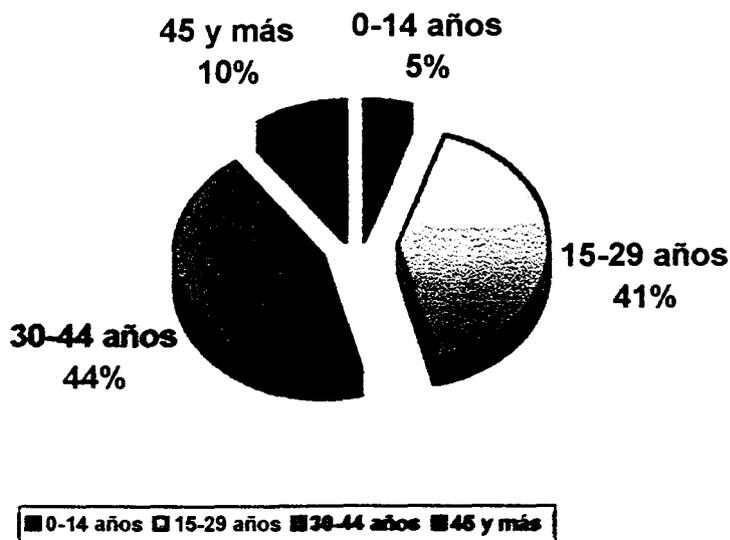
Se observa que la mayor cantidad de mujeres con SIDA reside en la Provincia de Buenos Aires, mientras que el mayor porcentaje de hombres con SIDA residen en la Capital Federal. Los demás valores se mantienen homogéneos para ambos sexos.

GRAFICO Nº 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE EDAD SEGÚN SEXO CASOS TOTALES, Argentina 1998

Casos Masculinos



Casos Femeninos



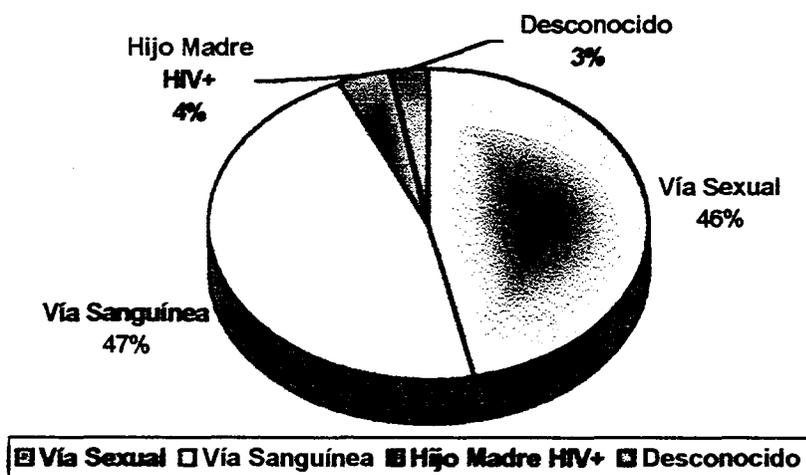
Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social.
Programa Nacional De Lucha contra
los Retrovirus del Humano y SIDA

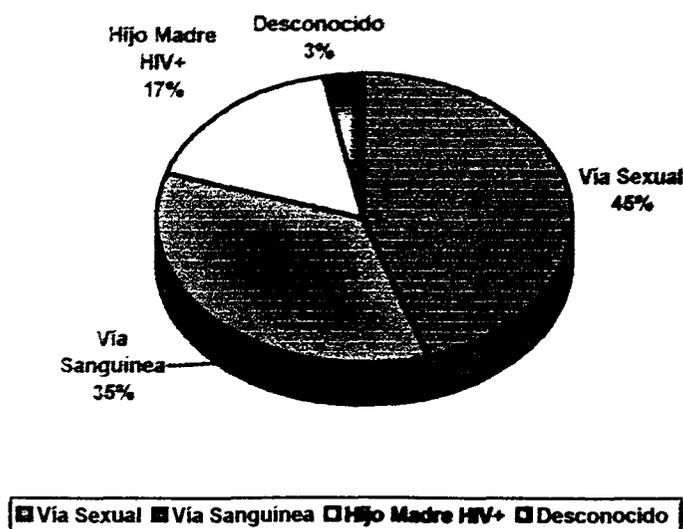
En el Gráfico se destaca el grupo de varones más jóvenes (15 a 29 años) con casi la mitad de los casos, mientras que las mujeres de 30 a 44 años concentra un 44% de los casos.

GRAFICO Nº 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VIAS DE CONTAGIO SEGÚN SEXO

CASOS TOTALES- Argentina, 1998-09-28 Casos Masculinos



Casos Femeninos



Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social
Programa Nacional de Lucha contra
Los Retrovirus del Humano y SIDA

TABLA Nº VII

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR EDAD*Según factores de riesgo seleccionados y grupos de edad. Argentina 1982/1998*

GRUPO DE EDAD	ADIV	HOMO/ BISEXUAL	HETERO SEXUAL
15-29	61,0	25,0	43,1
30-44	37,7	77,2	45,4
45 y más	1,3	19,8	11,5

Datos al 31-03-98

Programa Nacional de Lucha contra
los Retrovirus del Humano y SIDA

El grupo de edad de los más jóvenes tiene un 61% que contrajeron la enfermedad por adicción intravenosa. Tanto los de 30 a 44 como 45 y más el factor de riesgo preponderante es la homo-bisexualidad.

TABLA Nº VIII

**PORCENTAJE DE NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN MAYORES DE 13 AÑOS CON
ESCOLARIDAD CONOCIDA EN CASOS DE SIDA***Según factores de riesgo seleccionados. Argentina 1982/1998*

Nivel de Instrucción	ADIV	Homo bisexual	Hetero sexual	TOTAL
Primaria incompleta	13,9	4,3	12,6	10,4
Primaria Completa	43,6	18,0	37,8	34,2
Secundaria Incompleta	23,2	16,0	18,9	20,0
Secundaria completa	19,2	61,7	30,7	35,4

Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social
Programa Nacional de Lucha contra
los Retrovirus del Humano y SIDA

La tercera parte de los enfermos tiene primaria; otra tercera parte secundaria completa. En relación a factores de riesgo el 44,6 % de los enfermos por adicción intravenosa tienen primaria completa, mientras que el 61,7 % de los enfermos homo-bisexuales tienen secundaria completa.

TABLA N° IX

CASOS DE SIDA SEGÚN SEXO Y AÑO EN LA REPUBLICA ARGENTINA
1982-1998

Año	Masculino	Femenino	Sin Informac.	Relacion Hombre/M ujer	TOTAL
1982	3	0	0		3
1983	4	0	0		4
1984	7	0	0		7
1985	28	0	0		28
1986	38	0	0		38
1987	90	1	1		92
1988	188	13	0	14,5	201
1989	263	31	2	6,5	296
1990	423	63	5	6,7	491
1991	641	90	3	7,1	734
1992	903	209	5	4,3	1117
1993	1123	311	13	3,6	1447
1994	1673	449	24	3,7	2146
1995	1652	429	31	3,8	2112
1996	1756	514	18	3,4	2268
1997	956	288	10	3,3	1254
1998	45	17			62
TOTAL	9793	2415	112	4,0	12320

Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social

*Programa Nacional de Lucha contra
Los Retrovirus del Humano y SIDA*

Desde el comienzo de la epidemia en el país es el año 1996 el que registró un mayor número de casos de SIDA tanto para varones (1756 casos) como para mujeres (514 casos). Se observa además una tendencia creciente a igualar la relación de casos de SIDA entre varones y mujeres: 14,5 en 1988 a 3,3 en 1997.

TABLA N° X

CASOS TOTALES DE SIDA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO
EN LA REPUBLICA ARGENTINA
1982-1998

Grupo de Edad	Masculino	Femenino	Sin información	TOTAL
1-4	395	366	7	768
5-9	46	66	0	112
10-14	20	8	1	29
15-19	172	61	2	235
20-24	1218	436	22	1676
25-29	2583	641	20	3244
30-34	2147	380	33	2560
35-39	1332	242	10	1584
40-44	869	100	9	978
45-49	471	44	5	520
50 y más	540	71	3	614
TOTAL	9793	2415	112	12320

Datos al 31-03-98

Ministerio de Salud y Acción Social
 Programa Nacional de Lucha contra
 Los Retrovirus del Humano y SIDA

La mayor cantidad de casos masculino y femenino se encuentra en el grupo de edad 25 a 29 años, con 2.583 casos para masculino y 641 casos femenino. Total= 3.244 sobre un total de 12.320. Si consideramos que la enfermedad lleva aproximadamente 10 años desde la infección hasta su irrupción cabe suponer que el periodo de contagio para varones y mujeres a sido entre 15 y 19 años.

3.1.4. El SIDA en Mar del Plata

3.1.4.1. Notificaciones

Históricamente hablando, se pueden distinguir tres etapas en cuanto a los criterios de notificación de la enfermedad.

Primera Etapa: se inicia con la notificación del primer caso en el año 1981 y se extiende hasta mediados de 1995: En este período se notificaron por separado los casos de SIDA y los HIV (+).

Segunda Etapa : desde mediados de 1995 hasta junio de 1998. Solo se notificaron los casos de SIDA.

Tercera Etapa : comienza el 1º de junio de 1998. A partir de esa fecha, se notifican por separado los casos de HIV (+) y los casos de SIDA. Esta modificación obedece a un pedido conjunto del Ministerio de Salud Pública de la Nación y LuSIDA (Banco Mundial para la Prevención del SIDA).

La existencia en el tiempo de estos tres criterios, hace que las cifras registradas por notificación reflejen solo parcialmente la realidad, ya que lo que se desea es conocer la evolución de la epidemia en el tiempo en nuestro partido, en función de casos de portadores HIV (+) y de casos de SIDA.

3.1.4.2. Antecedentes

El primer caso de SIDA en Mar del Plata, del que se tenga conocimiento, se registró en el año 1981, y fue atendido en el Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H.Jara".

A partir de ese momento y a medida que los casos fueron aumentando, los distintos sectores que atienden la salud en nuestro partido, se organizaron en función de la demanda de la población (real o potencialmente afectada) y de la capacidad de respuesta del sistema.

Actualmente, en el sector público se atiende la demanda específica a través de las siguientes Instituciones:

SECTOR PÚBLICO

- **Nación:**

I.N.E., Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H.Jara": Servicios de Consultorios Externos y Laboratorio

- **Provincia**

a) Hospital Interzonal de Agudos: Servicios de Consultorios Externos, Internación Hospitalaria, Internación Domiciliaria y Laboratorio

b) Hospital Materno Infantil: Servicios de Consultorios Externos, Internación Hospitalaria y Laboratorio

- **A nivel Municipal:**

Programa Municipal de SIDA - Consultorio de Medicina Preventiva: Servicios de Consultorios Externos, Laboratorio y Atención Psico-Social

SECTOR PRIVADO:

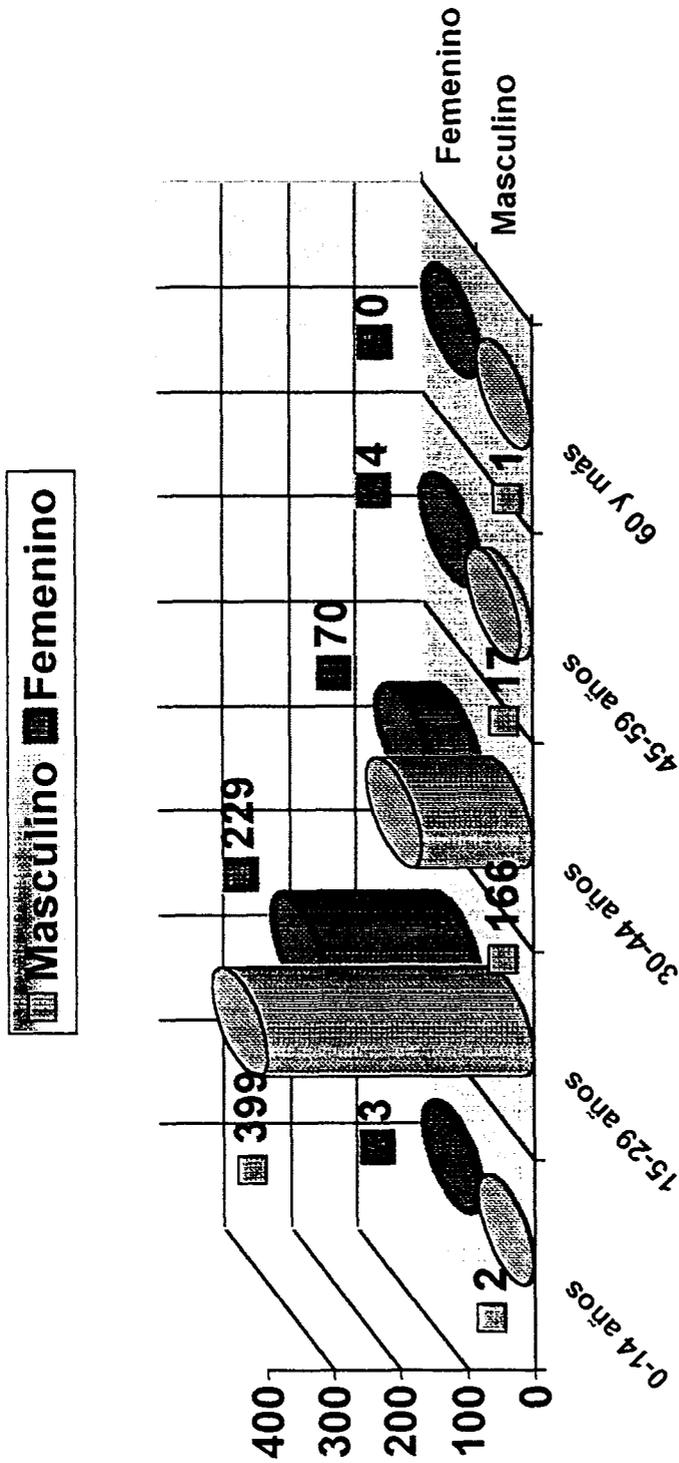
Clínicas y Profesionales de la ciudad de Mar del Plata
Fundación Un Lugar
Pastoral de la Salud: Internación en la Casa Atendida por

3.1.4.3. Algunas características de la atención de pacientes con HIV/SIDA en Mar del Plata:

- 1) Existe una relativa adhesividad de los pacientes al tratamiento
- 2) La fluctuación o alternancia de los pacientes entre un servicio médico y otro es frecuente. Este hecho aumenta el riesgo. Se correlaciona con las características personales del paciente y con la vía de contagio.
- 3) En ningún servicio se le brinda al paciente todo lo que necesita: El INE, tradicionalmente dedicado a investigación y docencia, no realiza internaciones. El HIGA y el HIEMI, sí internan pero tienen un sesgo infectológico.
- 4) No existe funcionamiento en red interservicios ni registro único de pacientes.
- 5) Las características de la población hace que el paciente tema que no se respete la confidencialidad y que esto tenga implicancias negativas para su situación laboral y/o social
- 6) Salvo en el caso del Municipio, Consultorio de Medicina Preventiva, la orientación terapéutica en los servicios es biológista.
- 7) Con frecuencia los pacientes no se conforman con el primer resultado positivo y buscan confirmación en otros servicios.
- 8) Es difícil estimar el total de pacientes en el Partido por inexistencia de un banco único de datos de portadores y /o pacientes de SIDA y también por la fluctuación constante de los pacientes de un servicio a otro.
- 9) A título orientativo se presenta una Tabla que muestra el total de pacientes atendidos en el INE "Juan H. Jara" desde el primer caso aparecido en el Partido y que fuera atendido en dicho Instituto hasta la fecha.

GRAFICO Nº 7

INFECTADOS POR HIV – Totales según edad y sexo
I.N.E. – Mar del Plata – 1987/1996



El gráfico muestra la distribución por sexo y por grupo de edad de infectados por HIV en 10 años. Se observa que en todo el período la mayor concentración de casos corresponde a los varones para todos los grupos de edad. Tanto para varones como para mujeres el grupo de edad que más casos concentra es el de 15 a 29.

TABLA Nº XI

TOTAL DE CONSULTANTES INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA JUAN H. JARAPOR HIV, SEGÚN RESULTADOS Y AÑO DE OCURRENCIA 1987- 1997

AÑO	Infectados		No Infectados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1987	100	21,32	369	78,68	469	100
1988	156	21,97	554	78,03	710	100
1989	58	10,60	489	89,40	547	100
1990	62	14,25	373	85,75	435	100
1991	92	18,36	409	81,64	501	100
1992	83	10,32	721	89,68	804	100
1993	108	10,14	957	89,86	1065	100
1994	91	9,74	843	90,26	934	100
1995	68	7,11	888	92,89	956	100
1996	77	7,16	999	92,84	1076	100
1997	62	8,60	659	91,40	721	100
	957	11,65	7261	88,35	8218	

Se observa casi un millar de infectados en diez años. El total de consultantes es de 8.218 personas alcanzando los infectados el 11,65 % del total.

TABLA Nº XII

TOTAL DE CONSULTANTES POR H.I.V. SEGÚN RESULTADOS Y AÑO DE OCURRENCIA 1987-1997

Atendidos en el I.N.E. "Juan H. Jara" desde el comienzo del 1er. caso en el Partido (que fuera atendido allí) hasta la fecha.

AÑO	INFECTADOS		NO INFECTADOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1987	100	21,32	369	78,68	469	100
1988	156	21,97	554	78,03	710	100
1989	58	10,60	489	89,40	547	100
1990	62	14,25	373	85,75	435	100
1991	92	18,36	409	81,64	501	100
1992	83	10,32	721	89,68	804	100
1993	108	10,14	957	89,86	1065	100
1994	91	9,74	843	90,26	934	100
1995	68	7,11	888	92,89	956	100
1996	77	7,16	999	92,84	1076	100
1997	62	8,60	659	91,40	721	100
TOTAL	957	11,65	7261	88,35	8218	100

Se observa casi un millar de infectados en 10 años. El total de consultantes es de 8.218 y alcanzan los infectados el 10,4% del total.

3.2. Estado del Conocimiento científico en Prevención de HIV/SIDA

La pandemia ha provocado que científicos, gobiernos, activistas y población en general, se vean obligados a analizar lo que tradicionalmente ha pertenecido al ámbito privado de las personas: la sexualidad. Se trata de la expresión de uno de los procesos mas complejos de la experiencia humana cuya modificación no parece seguir rutas lineales ni predecibles.

En orden a la perspectiva desde el HIV/SIDA, los que primero se hicieron cargo del tema fueron los médicos y los epidemiólogos, seguidos por los psicólogos sociales. Mas recientemente los sociólogos y antropólogos ampliando la visión.

Según la clasificación de Cáceres en la Conferencia de Vancouver¹⁵, la intervención en América Latina se ha enfocado hacia:

- 1) Incidencia y Prevalencia de la infección
- 2) Prevalencia de factores establecidos para riesgo de infección
- 3) Prevalencia de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con sexualidad y riesgo de infección
- 4) Contextos socioculturales y culturas sexuales
- 5) Evaluación de intervenciones. Impacto en el comportamiento individual.

Las investigaciones han seguido dos metodologías diferentes que han aportado información complementaria sobre aspectos relacionados a infección y riesgo.

A) Cuantitativos:

Basados en referentes estadísticos buscan establecer las proporciones dentro de una muestra con respecto a cierta categoría o a la relación entre variables.

Responden a las preguntas ¿ Cuántos? ¿Cuándo? ¿ Con qué frecuencia? Es decir, Prácticas sexuales ¿ Homo, hetero o bisexuales? ¿Qué número de parejas en determinado tiempo? ¿Sexo vaginal, oral o anal? ¿ Con qué frecuencia se usa el preservativo? ¿ Qué relación hay entre la prevalencia de la enfermedad, el uso de anticonceptivos y las creencias sobre reproducción y fertilidad? ¿ Cuáles son las actitudes hacia el HIV?, Estas son algunas de las preguntas a responder por los estudios cuantitativos

La mayoría de las investigaciones sobre sexualidad son encuestas en diferentes escenarios que miden conductas sexuales y/o información sobre HIV. Mas

¹⁵Parker, Richard G. XI Internacional Conference on AIDS , Vacouver, RBSP. Vol.Nº 13. Set.96

recientemente se han comenzado estudios sobre redes sexuales y relación entre género y poder.

Los datos arrojados por estos estudios muestran una diferencia tal de conductas sexuales de un grupo a otro que las intervenciones preventivas en un grupo, no deben extrapolarse a otro.

B) Cualitativos:

Estos métodos buscan indagar las condiciones sociales en que se dan las prácticas sexuales y el significado cultural que las mismas tienen. Se busca profundizar la información. Responde a ¿Porqué si o porqué no? ¿Cómo?, ¿ En qué circunstancia?

Los estudios cualitativos se efectúan con grupos determinados para conocer sus comportamientos de riesgo y sus aspectos sociales y culturales. El aumento de este tipo de estudios se debe a que tanto las investigaciones como las intervenciones deben incluir los contextos culturales, sociales y políticos en los cuales una conducta sexual se constituye.¹⁶

Los modelos de cambio individual, presuponen un sujeto autónomo cuyas decisiones en el ámbito de la conducta sexual son fundamentalmente racionales. La ecuación sería: **conocimiento = conducta preventiva**

Sin embargo, el fenómeno es mas complejo ya que, por ejemplo, un estudio realizado por International Center for Research on Women en 17 países en desarrollo de Africa, Asia, América Latina y el Caribe, muestra que muchas mujeres, a pesar de conocer el uso del preservativo como forma de prevención segura, no lo usan por considerar que interfiere en " el amor romántico con la pareja". Muchas consideraron que proponer el uso de preservativo supondría sospecha de infidelidad o infidelidad y por lo tanto, ausencia de proyecto futuro. Por último, muchas de las mujeres entrevistadas, expresaron que los costos sociales de la prevención del HIV pueden ser tan altos que logran contrarrestar la motivación por el cambio de comportamiento¹⁷

Surge, además, como resultado de estudios cualitativos, el concepto de vulnerabilidad social para explicar la no-distribución homogénea de la enfermedad. ¿ Porqué la incidencia es mayor en homo o bisexuales? ¿ En pobres? ¿ En mujeres? ¿ En jóvenes?

La vulnerabilidad social se expresa por ejemplo en que las mujeres, con frecuencia dependientes económicamente de los hombres, temen que si proponen el uso del preservativo a sus parejas arriesguen su status y seguridad o peor aún, se arriesguen a situaciones de violencia, abandono, amenazas, etc.

¹⁶ Carballo M., Cleland, J., Carael M. y Albrecht G., A cross national study of patterns of sexual behavior. The Journal of sex Research 1989

¹⁷ Weiss, E Wheland y Geeta, R.G. Vulnerability and Opportunity. Adolescents and HIV/AIDS in the developing world Findings from the women and Aids Research Program, Washington D.C. International Center for Research en Woman, 1996

La atención de los investigadores actualmente se orienta hacia los sistemas sociales y culturales donde se da la interacción sexual significativa para los actores. Los modelos de información, comunicación y educación, alcanzan para que la población conozca qué es el virus de HIV y cómo se transmite, pero no alcanza para promover el cambio de comportamiento, creencias y conductas.

Para Sepúlveda: " Las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero sirve para mantener el estado de alerta y para crear clima para las intervenciones puntuales y específicas " ¹⁸

Para comprender la Epidemia, es necesario relativizar la noción de riesgo individual y considerar la vulnerabilidad social, ya que ella permite contextualizar la susceptibilidad biológica de un individuo a ser infectado.

Josef Decosas efectuó un cruce de variables entre el índice de Desarrollo Humano (I.D.H.) y la infección de HIV. El IDH toma un conjunto de variables para determinar el grado de desarrollo, expectativa de vida al nacer, alfabetización, educación formal, ingresos. El autor, encontró una relación significativa entre un bajo IDH y la infección por HIV, lo cual indica que los miembros de grupos y sociedades pobres se encuentran en mayor riesgo de infección que aquellos que cuentan con un IDH mas alto ¹⁹

Decosas concluye que la responsabilidad en la lucha contra la epidemia reside principalmente en que si los gobiernos locales no se comprometen políticamente con la tarea de prevención, estarán desperdiciando los recursos internacionales que le sean asignados.

Pero indudablemente, la tarea de prevención también es responsabilidad de los gobiernos nacionales. A nivel macrosocial, a través de políticas nacionales de prevención. Ejemplos como los de Uganda, Tailandia y Australia muestran que es posible hoy disminuir notablemente las tasas, gracias al planteo y desarrollo de estrategias que incluyen el reconocimiento del SIDA como un problema de Salud Pública, pero delegando en organizaciones comunitarias acciones de prevención para lo cual brindaron su apoyo. A nivel microsociales se observan alentadoras respuestas sociales e institucionales, aunque acotadas, hacia grupos de seropositivos. Sin embargo, el estigma con que carga el SIDA, hace difícil que los portadores se acerquen a instituciones. Es importante abordar el SIDA como un problema de salud independientemente del modo de transmisión

En este nivel microsociales, vale la pena tener en cuenta experiencias como la del Proyecto Teach de Filadelfia,²⁰ que hace que los portadores seropositivos colaboren con médicos y académicos en la elaboración de un lenguaje comprensible sobre el HIV/SIDA.

¹⁸ Sepúlveda, J., Bronfman, M. y Rico, B. Estrategias de Prevención y Control del SIDA en México desde sus inicios. Gaceta Médica de México Número Extraordinario, México 1997

¹⁹ Decosas, J, HIV and development XI Conference on Aids, Vancouver, 1996

²⁰ Lyons, K et. Al, An assay is a test: women living with HIV and activists helping researchers to communicate to people with HIV, Vancouver Conference, 1996

La investigación social en Prevención de HIV/SIDA, está abocada a la comprensión del contexto de las interacciones sexuales desde el punto de vista de los significados que adquieren para las culturas específicas. Es importante reconocer en cada sociedad las oportunidades de interacción sexual, la valoración cultural y social de posibles parejas y prácticas sociales

Los temas mas frecuentes de investigaciones realizadas hasta la fecha se agrupan en:

- Identidades sexuales, comunidades sexuales y culturas sexuales en relación con los comportamientos de riesgo
- Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: determinación de factores de comportamientos de riesgo.
- Condiciones estructurales que favorecen la infección de HIV en grupos específicos: Homo o bisexuales, mujeres, jóvenes, poblaciones desprotegidas: niños de la calle, migrantes, minorías étnicas, trabajadores sexuales.
- Evaluación de intervenciones en programas preventivos

El aporte de la investigación desde las Ciencias Sociales a la prevención del SIDA, ha permitido establecer categorías sexuales tal vez mas complejas, pero afortunadamente mas precisas.

El método de Etnografía crítica demostró ser útil en comunidades de escasos recursos que requieren evaluación rápida y que reconocen la importancia de la comunidad en los comportamientos de modo que las unidades de análisis fueron no los individuos sino la estructura de la comunidad. Otros, toman las relaciones sexuales como unidad de análisis

Cáceres et al. efectuaron un estudio cualitativo en la ciudad de Lima, (20 grupos focales y 40 entrevistas en profundidad) y cuantitativo (1200 cuestionarios). Este estudio exploró aspectos de la cultura sexual como normas percibidas, iniciación sexual, deseos y prácticas sexuales, anticoncepción y aborto, homo-bisexualidad, ETS/HIV/SIDA, interacción sexual y género y una muestra con jóvenes que aceptó hacerse el análisis para la detección de HIV. Los resultados muestran un 43% de población heterosexualmente activa y el 57% de la homosexual **nunca** usaron preservativo. El 28% de las adolescentes y el 43% de las mujeres adultas han tenido por lo menos un embarazo no deseado. Aunque conocen el SIDA y sus formas de transmisión, los entrevistados **no se consideraron en riesgo**.

Este estudio mostró, además, un giro en cuanto al género, al establecerse relaciones mas igualitarias, particularmente en la clase media. Por ejemplo, " la iniciativa femenina no es valorada negativamente y los hombres jóvenes están menos sujetos a iniciarse sexualmente con una prostituta ".²¹

Otro estudio, efectuado en Sao Paulo, Brasil, detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo prácticas de sexo seguro entre los jóvenes

²¹ Cáceres, C, Reginold A., Watts, D., Sexual Cultures and Sexual Health: young people and their current discourse, practice and risks regarding sexuality in Lima, Perú, Presentado en la XI Conferencia de SIDA de Vancouver, Abstract Th.D 440, Julio 11, Vancouver, 1996

A través de la construcción y actuación colectiva de escenas sexuales, tomadas de historias reales traídas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es la clave para dificultar la negociación del sexo seguro. Este estudio aporta información acerca de que los encuentros apresurados y clandestinos, muchas veces en lugares públicos, también atenta contra el sexo seguro. Además, los jóvenes efectuaron una descripción de los equipos de salud, sumamente negativos, a los que no concurrían por temor al estigma, la burla y el maltrato

En un estudio cualitativo realizado por Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, España, a través de encuestas y grupo focal, los jóvenes solicitan Servicios " donde puedan recibir información y plantear abiertamente sus dudas y problemas, en un ambiente informal donde no se sientan juzgados. Prefieren que estos Servicios se alejen del modelo sanitario actual. Solicitan que estos servicios sean ubicados en lugares accesibles con horarios tarde-noche "22.

Otro estudio cualitativo efectuado en Sri Lanka, mostró mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, la posibilidad de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de reputación frente a la familia que por el contagio de HIV. Esto alerta acerca de la necesidad que las intervenciones preventivas sean mas amplias que lo meramente referido al HIV/SIDA, ya que las conductas vulnerables se inscriben en contextos mas amplios que las determinan.

Kegeles et al. realizaron un Programa Preventivo durante 1996 en dos ciudades de los Estados Unidos con jóvenes gay y bisexuales. El Programa incluyó: la creación de un centro comunitario para jóvenes gay, un grupo central de jóvenes que dirigió el proyecto, trabajo formal llevado a cabo en puntos de encuentro gay, pequeños grupos que trabajaron sobre sexo seguro y que, además, realizaron informalmente otros trabajos de importancia para la comunidad. Se realizaron dos encuestas previas y dos posteriores con una cohorte de jóvenes de ambas comunidades y se encontró que antes de la intervención el 21% de los encuestados reportaron coito anal sin protección con parejas casuales y 54% con parejas estables. A dos meses de la intervención se encontró una reducción relativa del 32% en parejas casuales y 26% en parejas estables. Esta misma reducción se mantenía al año con las parejas casuales, pero en cambio con las parejas estables las prácticas de riesgo habían aumentado

También en Estados Unidos, The AIDS Community Demonstration Projects llevó a cabo un estudio durante 1996 en cinco ciudades. Se desarrolló un protocolo común adaptado a las características de cada ciudad, y que se basó en Modelo Conductual de Cambios de Comportamiento, en el Modelo de Creencias sobre Salud (health belief model), la Teoría de la Acción Razonada (theory of reasoned action) y el Continuum de Fases de Cambio (stages of change continuum), que intenta medir la disposición de los individuos a realizar y mantener cambios de comportamiento.

Los Programas pretendían determinar la eficacia de intervenciones comunitarias de grupos de difícil acceso. Previamente y mediante diferentes técnicas etnográficas (grupo focal, entrevistas con informantes claves, etc), se localizó a individuos y grupos de riesgo: trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas y grupos gay y bisexuales. Este estudio demostró que los Programas preventivos

²² Oliva, A, Serra, L, Vallejo, R, Sexualidad y Contracepción en la Adolescencia, Consejería de Seguridad, Junta de Andalucía y UniverSIDAd de Sevilla, España, 1996

basados en Modelos teóricos, que se articulan comunitariamente con grupos de alto riesgo, pueden incrementar significativamente la reducción del riesgo de infección por HIV entre poblaciones desprotegidos.

Otros estudios, han tenido en cuenta las especificidades culturales, como el de Mishra que investigó el impacto de material educativo diseñado por trabajadores rurales de origen latino, inmigrantes en los Estados Unidos, con bajo nivel de alfabetización. La encuesta previa había mostrado, entre otras cosas, que las trabajadoras sexuales que prestaban sus servicios en los lugares de trabajo no utilizaban preservativo. Al finalizar la intervención, el 65% de las trabajadoras sexuales reportaron el uso del preservativo mientras que las del grupo control reportaron no usarlo ni antes ni después de la intervención.

Tal vez uno de los trabajos que mejor demuestran los efectos positivos de una prevención efectiva, son los de Adjorlolo , quien describe lo ocurrido en Tailandia, Uganda y otros países. Por ejemplo, un Programa de tratamiento de las E.T.S. logró una reducción del 40% de la incidencia de transmisión de HIV y en Costa de Marfil, una campaña de prevención de las E.T.S. junto con una promoción del uso del preservativo, logró un aumento del 90% en las prácticas preventivas. En Nepal, la distribución de jeringas disminuyó la incidencia de infección entre adictos endovenosos

3.3. Problemas en la Evaluación de Programas de Prevención de HIV/SIDA

Una de las dificultades al medir los efectos de Programas Preventivos de HIV/SIDA radica en que, entre otras cosas, ha de medirse el comportamiento sexual de las personas, es decir uno de los aspectos que configura la esfera mas privada de la vida humana.

- Medir la variación en el comportamiento implica conocer la situación al comienzo del Programa, a partir de los datos de incidencia que, en la mayoría de los países aparece como poco confiable ²⁷ Cómo saber, entonces, si la prevención ha sido efectiva, si el comportamiento de la enfermedad se ha modificado, y de ser así, en qué medida y cómo estar seguro que se debe al Proyecto ejecutado.

- Las campañas que mayor analogía presentan en cuanto a la medición de efectividad, son la de dejar de fumar y la de planificación familiar, que muestran cómo los cambios de comportamiento llevan a veces décadas.

- La información de vigilancia muestra datos de prevalencia que pueden representar contagios de hasta diez años atrás y por lo tanto no reflejar cambios de comportamiento riesgoso.

- Las tasas de ETS pueden orientar en relación a si se ha modificado o no el comportamiento sexual. Pero estas tasas, pocas veces reflejan la mayoría de los casos, ya que se ha comprobado que las personas con E.T.S. buscan con frecuencia tratamiento fuera del sistema formal.

- Los datos biológicos de mayor utilidad, son las tasas de nuevos casos de infectados por HIV, pero rara vez se dispone del dato, ya que la mera infección no es de notificación obligatoria.

- Para poder evaluar el comportamiento sexual, no hay demasiados antecedentes ni métodos probados de modo que es necesaria creatividad y paciencia para facilitar a las personas hablar del tema.

¿ Cómo aseguramos que los datos solicitados sobre comportamiento son válidos? Existen, a pesa de las dificultades señaladas, varias estrategias, entre ellas: Preguntar lo mismo de varias maneras, usar métodos diferentes para recabar la misma información, en el caso de preguntas a parejas confrontar las respuestas.

Descartado el grupo control como sistema de verificación, por cuestiones éticas nos queda triangular la información con datos de vigilancia, encuestas, entrevistas en profundidad y discusiones de grupo.

Si hay un cambio operado ¿ Se debe a nuestras acciones? ¿ A cuáles? ¿Cuánto del cambio se debe a la modificación de la Epidemia? En caso de realizar estudios evaluativos de Prevención de HIV/SIDA, ¿Conviene que sean cuantitativos, cualitativos o ambos?

Westover et al. realizaron una revisión de 75 estudios evaluativos y llegaron a las siguientes conclusiones:

²⁷ Kathleen Henry AIDS Captions Mayo 1997, Family Health International , URL <http://www.fhi.org>

- 1.- En estudios de gran escala, se utilizan métodos cuantitativos
- 2.- Los diseños experimentales rígidos resultan decepcionantes
- 3.- La evaluación de este tipo de programas requiere:
 - a) Desarrollar una base teórica de las ciencias sociales y de la conducta para incluir la evaluación en la fase del diseño
 - b) Documentar la implementación del Programa
 - c) Utilizar diseños y métodos de investigación que permitan a los evaluadores investigar los mecanismos de cambio de comportamiento
 - d) Utilizar indicadores de resultados bien diseñados y fundamentados para poder medir los efectos de la intervención sobre individuos y grupos

En realidad, tanto la evaluación cualitativa como la cuantitativa tienen su aporte específico que efectuar en los Programas de Prevención de HIV/SIDA. Por ejemplo, la participación puede medirse mejor con métodos cuantitativos y la información de contexto con métodos cualitativos.

En cualquier caso, existe consenso en que si bien la información no basta para la modificación del comportamiento, se trata del primer paso, de una condición previa.

3.4. Algunos modelos preventivos de Salud

Para la planificación y la ejecución del Programa de Prevención nos apoyamos en principios y métodos que han probado su efectividad en la prevención de otras enfermedades. Estos diferentes principios y métodos que sustentan nuestro abordaje de prevención se agrupan en modelos algunos de los cuales se denuncian a continuación.

a) Modelo de creencias en Salud: propone que las acciones de un individuo se basan en sus creencias. Se identifican los elementos claves que influyen la toma de decisiones por ejemplo la percepción de la susceptibilidad del individuo, la amenaza percibida de la enfermedad y las barreras de prevención percibidas.²⁴

b) Teoría de la Acción Razonada: Considera que lo que mayor influencia ejerce sobre el comportamiento es la intención, entendida como una combinación de actitudes personales en función de las opiniones de las personas que lo rodean, considerando además que ambas son influenciadas por el círculo social en que se desenvuelven.²⁵

c) Teoría Social Cognitiva: ve el proceso de aprendizaje como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. Para esta teoría cognitiva, el ambiente social y físico influyen en el reforzamiento de las creencias que determinan la conducta. Un cambio en alguno de los componentes: conductual, físico o social influye en los otros dos. La autoeficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona se considere capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presenta la ocasión.

d) Modelo de reducción del riesgo al SIDA, sugiere que para poder cambiar la conducta, uno debiera reconocerla como tal, y luego comprometerse a reducir este tipo de conducta y finalmente actuar para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen son el temor, la ansiedad y las normas sociales.²⁵

e) Teoría de la Innovación: ayuda a entender cómo las nuevas ideas o comportamientos penetran y se aceptan en la comunidad. Los miembros pertenecientes a una misma comunidad adoptan nuevas conductas en diferentes medidas y responden a diferentes tipos de intervención

f) Teoría de las etapas de cambio: explica el cambio de conducta desde cuando no se está consciente de los efectos negativos de una conducta hasta lograr mantener conductas de autoprotección. Consta de cinco etapas: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Existen diferentes formas de pasar por estas etapas aún dentro de un mismo grupo. Tampoco el paso de las etapas sigue siempre la misma secuencia, incluso a veces, repite algunas.

g) La teoría de la reducción del daño, reconoce la existencia de conductas dañinas y la meta principal es reducir los efectos negativos de éstas. En esta teoría, se observa el comportamiento y las actitudes del individuo para ofrecer la forma de reducir las consecuencias negativas de la conducta en cuestión.

²⁴ Rosenstock MI, Strecher V, Becker MH. The Health belief model and HIV risk behavior change. In Di Clemente RJ (ed) *Preventing AIDS Theories and Methods of Behavioral Interventions*. NY, Plenum Press, 1994

Fishbein M, Middlestadt SE. Using the theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. In Wasserheit JN (ed) *Primary Prevention of AIDS, Psychological Approaches 1989*

²⁶ Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Toward an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model. *Health Education Quarterly*, pág 53-72) NY, 1995

4.-Diseño Metodológico

En el Diseño Metodológico describiremos en primer lugar el tipo de estudio realizado luego, conceptualizaremos las palabras clave: Evaluación y Eficacia, proseguiremos después con la metodología seleccionada para la recolección de los datos y por último enunciaremos el sistema utilizado para el procesamiento de los datos

4. 1. Tipo de Estudio:

Descriptivo, longitudinal, retrospectivo

4.2. Palabra Clave:

4.2.1. Evaluación:

La evaluación: " Proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los distintos componentes del Programa, tanto en el estadio de su concepción como en el de su ejecución"²⁷

Otros autores la definen como " La comparación de los objetivos con los logros y cómo se alcanzan los objetivos ", (J. García-Núñez 1992) o como "La aplicación sistemática de los procedimientos de investigación social para determinar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los Programas de intervención social " (P.H. Rossi & H.E. Freeman, 1993). No obstante, a los efectos del presente trabajo, nos atenderemos al primer concepto.

Existe consenso en que la meta de la evaluación es realizar un juicio sobre la actividad, recurso o resultado. Este juicio se funda en criterios o normas. (Criterio: característica observable, es decir, indicador o variable que se corresponde con elementos del Programa).

Los diferentes tipos de evaluación corresponden a estos niveles: la evaluación de políticas, la evaluación estratégica, la evaluación táctica o estructural y la evaluación operativa.

Cada una de estas evaluaciones se corresponde con un nivel particular del proceso de planificación y de programación. Además, para cada uno de estos niveles pueden plantearse preguntas específicas: 1.-¿hay una correspondencia entre el programa, tal como fue concebido y realizado, y las prioridades?. 2.-¿Responde a problemas importantes desde el punto de vista de la sociedad y está encaminado en la dirección esperada?. 3.-¿Han sido alcanzados los objetivos específicos del programa?. 4.- ¿Las actividades desarrolladas eran las apropiadas?. 5.- ¿Los recursos movilizados eran adecuados en términos de cantidad y calidad?. 6.- ¿Han sido alcanzados los objetivos operativos?, es decir ¿La ejecución del programa se ha efectuado como estaba prevista?

Las preguntas 1 y 2 corresponden a la evaluación estratégica y política. Las preguntas 3, 4, 5 se corresponden con la evaluación táctica y la 6 con la evaluación operativa. Estas preguntas son las fundamentales de la evaluación que debe plantearse el planificador o responsable de la concepción y ejecución de un programa de salud.

La evaluación puede intervenir en diferentes momentos del proceso. Primero hay una evaluación "ex ante" o predeción. Consiste en comparar la eficacia o la rentabilidad económica de las diferentes acciones para alcanzar los objetivos deseados. Esta evaluación

²⁷ Pineault, R Daveluy, C, *La Planificación Sanitaria*, Masson, Barcelona, 1995

se realiza de manera normativa, a partir de juicios de expertos o personas competentes o bien de manera empírica, basándonos en datos de investigaciones anteriores.

La evaluación "ex post" o postdecisión interviene durante o al fin del proceso de planificación y de programación. Provee informaciones sobre la ejecución, el funcionamiento y los efectos del programa. Los resultados pueden servir para una evaluación "ex ante" cuando por ejemplo el mismo programa o alguno de sus componentes se aplican en otro contexto.

La evaluación post decisión se asemeja a la evaluación sumativa la concomitante a la evaluación formativa. La **evaluación sumativa** se refiere a los resultados obtenidos por una intervención o un programa. La retroacción se sitúa al final del proceso de planificación cuando el programa ha sido implantado. La **evaluación formativa** mantiene una retroacción constante a todo lo largo del proceso de elaboración y de ejecución del programa, que permite que este sea continuamente modificado en función de los datos nuevos que son conocidos.

La función principal de la evaluación es determinar el valor o el grado de éxito en la consecución de un objetivo predeterminado.

Evaluación de Proceso: Se entiende como la idoneidad de las actividades. Aborda el nivel organizativo es decir, aquellos procesos que aseguren la accesibilidad y continuidad.

Evaluación de Resultados: Se sitúa sobre los logros específicos obtenidos por el Programa en relación a los objetivos (Táctica= población objetivo / efficacy) establecidos sobre consecuencias e impacto del Programa (Estratégica)

4.2.2. Eficacia

"La eficacia es la mejora en el efecto de los resultados de Salud que puede producir una estrategia preventiva en manos expertas bajo circunstancias especiales"²⁸.

La eficacia potencial o teórica se define como la capacidad de la ciencia médica y de la tecnología sanitaria para producir un cambio deseado en el estado de salud y por lo tanto para alcanzar los objetivos planeados. Esta noción se refiere al potencial "sanitario" de un recurso.

La eficacia potencial define la competencia de un recurso y los resultados de salud. En la práctica, la relación entre un recurso y los resultados de salud, no siempre es fácil de establecer. Por ello debe recurrirse a normas de empleo de recursos y de producción de servicios. Esto nos conduce a un tercer factor que interviene entre un recurso y la producción de servicios, a saber, adecuado empleo de los recursos.²⁹

La eficacia potencial se refiere a resultados obtenidos en condiciones óptimas, mientras que la eficacia real corresponde a los resultados obtenidos en situaciones concretas en las que existen problemas. Por ejemplo los comportamientos (compliance) de los beneficiarios a los que se dirige el programa y de los profesionales que intervienen, pueden no ser óptimos en la realidad. Además, por varias razones, la población alcanzada generalmente es más pequeña que la población a la que se dirige el programa.

La eficacia real depende en primer lugar de la eficacia potencial, de decir, de la eficacia definida en relación a los individuos que se benefician de la intervención; después, de la capacidad del programa para alcanzar la población objetivo y eficacia potencial se establece generalmente por estudios evaluativos rigurosos y en condiciones experimentales concretas. En la medida que los resultados de un estudio de este tipo puedan ser generalizados, la eficacia real se acercará a la eficacia potencial.

²⁸ Pineault, R. *op.cit.*, pàg 277

²⁹ Pineault, R. y Daveluy, *op.cit.*, pàg 277

Por último, digamos que las intervenciones eficaces son aquellas que luego de su evaluación han demostrado ser capaces de prevenir o controlar un problema o satisfacer una necesidad. Se trata de evaluar la sensibilidad del problema a la acción preventiva.

Para que una intervención sea eficaz, debe ser fiable y válida:

Fiable: en situaciones semejantes, se obtienen similares resultados

Válida: Los resultados obtenidos se asemejan a los resultados esperados

Spitzer, W.O., define 3 clases de pruebas para medir una intervención

- 1) Prueba al azar en grupos y sujetos que se experimenta y en grupo control.
- 2) Prueba basada en estudios de tipo ecológico, es decir comparando con tiempos, lugares y épocas con y sin intervención y
- 3) Las basadas en opinión de expertos en el tema.

Nosotros, por último, definimos Eficacia para el presente trabajo de Evaluación, como el "Logro de los objetivos propuestos"

4.3. Recolección de datos:

*4.3.1. Para la descripción del universo geográfico:

Mapa del Partido datos publicados por el Dpto. de Estadística de la Municipalidad y Censo de 1991 con proyección de población a 1997 de acuerdo a Estudio de Calidad de Vida de la UNMDP - Ftad. de Humanidades. Estudio Habitar Mar del Plata, de la Fta. de Arquitectura de la UNMDP

*4.3.2. Para la descripción de la base de asentamiento Institucional del Programa: Datos de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud MGP Documentos de la Comisión de Salud del Consejo Deliberante de la MGP.

*4.3.3. Para la descripción del Programa: Informes del Proyecto, documentos varios Documentos del Programa Pcial de SIDA, Area Preventiva Documentos del Proyecto PREV/SIDA CE: Planificación Zopp.

* 4.3.4. Para la Evaluación del Programa:

Para la Evaluación de Proceso: Análisis Administrativo Sistémico, con la descripción de cada uno de los pasos administrativos seguidos en el Proyecto: Planificación (se incluye Matriz Tows) , Organización, Integración de Personal, Dirección y Control. Se enuncian elementos del ambiente externo y se indica la retroalimentación del sistema.

Para la Evaluación de Resultado:

- a) Medición de la Cobertura alcanzada por el Proyecto en función de los objetivos esperados
- b) Evaluación de los materiales elaborados por los Líderes Comunitarios como soporte de la capacitación y entrenamiento en la ejecución de estrategias de comunicación propias

Para la Evaluación de Impacto:

- a) Análisis de los Proyectos elaborados y/o ejecutados por Líderes Comunitarios y Equipos de Salud: su clasificación y procesamiento
- b) Encuesta sobre Intención de Uso de Preservativo, diseñada y aplicada por adolescentes destinatarios del Programa en el marco de la capacitación recibida.

4.4. Procesamiento:

Los datos serán procesados en Programa Epi.6 con los gráficos propios del Programa y con Harvard Graphic. Se elaborarán tablas, gráficos y cuadros que resumirán los datos de las fuentes primarias y secundarias utilizados

5.- Evaluación de la Eficacia del Proyecto de Prevención

Hemos dividido la Evaluación del Proyecto de Prevención, médula del presente trabajo en dos partes. En la Primera Parte, se presenta primero el escenario donde se ejecutó, el Municipio de General Pueyrredon, con la descripción de su área de cobertura geográfica y poblacional.

Luego se describe la base de asentamiento institucional del Proyecto y su articulación intersectorial: Nación Provincia y Municipio desde el Sector Público y Ongs con el Sector Privado. El énfasis, no obstante, fue puesto en el Municipio, ya que es en su área de Salud donde se gestionó el Proyecto.

La Primera Parte de este Capítulo V concluye con la Descripción del Proyecto: Metodología Zopp utilizada, alcance, propuesta, Programa Analítico desarrollado en los dos niveles: Líderes Comunitarios y Equipos de Salud, Cronogramas, etc.

La Segunda Parte del Capítulo, Evaluación propiamente dicha incluye:

- **Evaluación de Estructura y de Proceso con un Análisis Administrativo Sistémico del Proyecto**
- **Evaluación de Resultados con sus indicadores: Cobertura alcanzada y Producción de Materiales**
- **Evaluación de Impacto con sus indicadores: Proyectos de Multiplicación de Equipos de Salud y Líderes Comunitarios y Encuesta de Adolescentes capacitados sobre Intención de uso de Preservativo.**

Este último punto, constituye un valor agregado del Proyecto, que no casualmente se produce hacia la finalización del Proyecto: se evalúa como el resultado de una Metodología adecuada y de una escucha atenta de la población destinataria sobre todo en cuanto al descubrimiento de sus propias estrategias preventivas.

5.1. Descripción del área de cobertura geográfica y poblacional

5.1.1. POSICIÓN GEOGRÁFICA :

Mar del Plata se encuentra ubicada sobre el Mar Argentino , en la zona SE de la Provincia de Bs. As. República Argentina, con las siguientes coordenadas : 38°00' latitud Sur , 57°33' longitud Oeste. (Plaza San Martín). La superficie del Partido es de 1453.44 km² con una densidad de 366,6 hab/ km²

La población potencial urbana es de 2.000.000 . La superficie del ejido urbano : 79.48 km² . El perímetro de la costa : 39,2 km

El Partido de Gral Pueyrredón limita al NE con el Partido de Mar Chiquita; al SE con el Mar Argentino, al SO con el Partido de General Alvarado y al NO con el Partido de Balcarce.

5.1.2. Orografía :

La orografía está representada por las sierras que forman parte del Sistema de Tandilia, que desciende suavemente hacia el Atlántico en las cuarcitas de Cabo Corrientes y Punta Mogotes. Dichas Sierras apenas superan los 200 mts de altura, siendo la altura máxima de la ciudad de 48 m sobre el nivel del mar.

Sierras : La Copelina, La Peregrina, Los Padres.

5.1.3. Hidrografía :

Cuenta con una serie de pequeños arroyos que desaguan en distintos puntos de la costa Atlántica : Arroyo Seco, Chapadmalal, Las Brusquitas, del Tigre, de las Chacras, del Barco, del Cardalito, La Tapera, Los cueros, Lobería, Corrientes, de Los Padres y Vivoratá. A 20 Km de la costa se encuentra la Laguna de Los Padres, de 3km de largo por 2,5 de ancho, utilizada para la pesca deportiva y deportes náuticos.

TABLA N°XIII

5.1.4. Clima : promedios Históricos de lluvia, temperatura y humedad.

	LLUVIA CAIDA	HUMEDAD %	Temperatura Media
Promedio Anual	52,0	75	14
Temporada Diciembre/ Marzo	66,3	67	18,9

VIENTOS: FRECUENCIA DOMINANTE: NOROESTE

Fuente: Dirección de Estadísticas.Municipalidad de General Pueyrredón.

Los temporales de agua y viento y las inundaciones por la acumulación de agua de los arroyos que bajan de las sierras , aparecen repetidamente en los relatos, tanto antiguos como actuales.(1876 - 1890 - entre los primeros y 1991-1992-1993-1998 como últimos).

Los temporales de agua y viento aparecen también provocando naufragios (como el de los primeros turistas) con barcos encallados en la costa, algunos sin mayor daño que el de su permanencia en el lugar , pero otros, como el del Señalero Griego , que al no conocer las costas, encalla en Playa Grande, partiendo al buque en dos , derramando combustible (fueloil) que contaminó las playas, demorandose dos años en recuperartas. O el Navache, en 1964 que desparramó cereales, los que fermentaron provocando una gran fuente de contaminación de aguas y costas.

5.1.5. DESARROLLO HISTORICO URBANISTICO Y DEMOGRAFICO

Mar del Plata nace como un habitat rural a mediados del siglo XIX , ocupando una extensa región de 7300 Km² que abarca hasta Balcarce, Mar Chiquita y la ulterior Miramar. El primer censo (1881) registra 4000 habitantes, de instalación rural, que en esa misma década se duplica como efecto de la urbanización. Los siguientes censos : 1914 , 1938 y 1947 dan

cifras de 33,72 y 124 mil habitantes, lo que marca un gran crecimiento (un 58% en el último período intercensal considerado (8 años de diferencia).

El gran crecimiento se alimenta de la inmigración europea de los países pobres de Europa (1914 con un pico del 47% de la población urbana de dicho origen) porcentaje que se atenúa hacia 1947 (21%). En cuanto a la relación urbana/rural hacia 1905 es de 75/25 , y avanza hacia 1947 a ser del 92 % urbana.

Las primeras poblaciones, de origen europeo se dedicaban a la pesca y luego al turismo, también a las actividades agrícolas de quinta. En general esto determinó que la construcción urbana fuera muy laxa, con escasa densidad, con predios extensos. Pronto con el ferrocarril, se envía a Bs. As. Productos agrícolas, de tambo y flores o productos pesqueros.

Hacia 1947, Mar del Plata contaba con 120.000 habitantes lo que genera un mercado interno muy importante. La construcción empieza a ser una industria floreciente ligada al turismo. Comienzan a manifestarse problemas habitacionales serios por una expansión no muy planificada. El Intendente Camuso, en un informe en 1937 refiere que 2500 personas (el 4% de la población de ese entonces) habita en "malísimas viviendas de madera y chapa.. o hacinados".

Se diferencian por estas actividades : crecimiento y dedicación , fases muy características :

- a) Fase de fundación : 1880 –1910
Actividades dominantes : servicios rurales, agroproducción periurbana, pesca artesanal, turismo selectivo.
Escala de la ciudad : 3000-20000 habitantes.
500 – 900 hectáreas consolidadas.
- b) Fase de consolidación : 1918 1947
Actividades dominantes : continúa lo anterior, se agregan industrias de mercado internistas (construcción)
Escala de la ciudad : 20000- 100000 habitantes.
900 – 1500 hectáreas consolidadas.
- c) Fase de expansión : 1947-1970
Actividades dominantes : turismo, pesca , actividades industriales (construcción, textiles, metalmecánica)
Escala de la ciudad : 100000- 350000 habitantes.
1500-5500 hectáreas consolidadas-dispersas.
- d) Fase de estabilización : 1970-1990
Actividades dominantes : se expanden y estabilizan las anteriores. Algunas actividades incluso disminuyen (procesamiento de los productos de la pesca)
Escala de la ciudad : 350000 a 550000 habitantes.
2800 a 6200 hectáreas.

Las fases b y c (consolidación y expansión) el proceso de evolución demográfico-urbano es significativo y superior al de otras ciudades argentinas. Aún hoy es la única de las 6 primeras ciudades argentinas que continúa creciendo.

5.1.6. HISTORIA ³⁰

³⁰ *bibliografía y fuentes :*

ORÍGENES HISTÓRICOS DE MAR DEL PLATA. Julio Cesar Gascón

LA HISTORIA DE MAR DEL PLATA. Roberto T. Barili

Dto. de estadísticas de la Municipalidad de General Pueyrredón : publicación anual : Mar del Plata y el Partido General Pueyrredón en dos hojas.

Diario La Capital. Archivos.

- 1746 Los Padres Tomás Falkner y J. Cardiel fundan la Reducción de Nuestra Señora del Pilar a orillas de la Actual Laguna de los Padres. Hacia 1817 , los Jesuitas se retiran de allí por las hostilidades del cacique Cangapol.
- 1851 Don Pedro Capdevilla solicita al gobierno las tierras donde posteriormente se asentaría Mar del Plata. Luego estas tierras serían sucesivamente vendidas hasta 1857 donde J.Meyrelles compra las tierras y explota un saladero a la orilla del arroyo Las Chacras.
- 1860 Don Patricio Peralta Ramos compra a Meyrelles sus propiedades y el saladero. Se realiza la primer mensura sobre 5865 hras donde posteriormente se funda Mar del Plata
- 1873 Se funda la capilla Santa Cecilia que da lugar al primer trazado de cuadrícula de la ciudad.
- 1874 Se autoriza la fundación del pueblo.
- 1877 Arriba don Pedro Luro, activo y emprendedor comerciante, se hace cargo del saladero y desarrolla actividades agrícolas ganaderas y exportadoras, dando a la zona el impulso que hasta ahora mantiene.
- 1878 Se autoriza la instalación del telégrafo, ferrocarril y el primer banco (banco Provincia)
- 1886 Llega el Ferrocarril y se inaugura el Hotel Bristol dando el impulso turístico que perdura.
- 1907 Mar del Plata es declarada ciudad .

Esta suscita historia contada en todos los folletos turísticos, está teñida de hechos que caracterizan la ciudad y su vulnerabilidad, que pueden ser rescatados de los anecdóticos.

Se cuenta que los primeros turistas fueron en realidad los náufragos de un barco corsario inglés que naufragó por estas costas allá por 1700, quienes luego de largas penurias logran retornar a Bs. As. Apareciendo las grandes tormentas como señaladoras de problemas climáticos en la zona.

Meyrelles, que construye su saladero a la orilla de un arroyo, luego se desarrollaría la ciudad en el otro margen, uniendo a ambas un puente precario, debe dejar sus actividades porque las repetidas inundaciones le hacen dificultoso trasladar sus mercaderías hasta que arriba Pedro Luro, se hace cargo del saladero y le da nuevo impulso.

En 1890 un violento temporal arrasa con la Rambla de madera, que se reconstruye y luego es arrasada por el fuego , junto a los negocios que se habían establecido en su alrededor, en 1905.

5.1.7. POBLACION

Se presenta a continuación una tabla de población por grandes grupos en el Partido de General Pueyrredón según datos de los últimos 4 Centros.

TABLA N° XIV

Se presenta a continuación una Tabla de población del Ptdo. de Gral. Pueyrredon por grandes grupos, según datos de los cuatro últimos Censos Nacionales.

Población por Grandes Grupos de edad del Partido de General Pueyrredón,
En 1960, 1970, 1980 y 1991

En Valores Absolutos

Edad	1960	1970	1980	1991
Total	224.824	323.350	434.160	532.845
0-14 años	58.510	80.350	112.752	137.494
15-64 años	153.456	220.800	281.258	337.331
65 y más	12.858	22.200	40.150	58.020

En Porcentajes

Edad	1960	1970	1980	1990
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0-14 años	26,0	24,8	26,0	25,8
15-64	68,3	68,3	64,8	63,3
65 y más	5,7	6,9	9,2	10,9

Se advierte un crecimiento constante de la población a lo largo de los cuatro decenios. El grupo de mayor peso corresponde a 15-64 años que en todos los casos supera el 60%. Se observa además un importante crecimiento del grupo 65 y + , que se duplica en cada uno de los tres primeros decenios.

Fuentes : Departamento de estadística Municipalidad de General Pueyrredón.

TABLA N° XV

Se presenta a continuación una Tabla de población con la discriminación de urbana y rural por sexo

POBLACION URBANA Y RURAL POR SEXO
PARTIDO GENERAL PUEYRREDON

	TOTAL	VARONES	MUJERES
TOTAL	532.845	256.408	276.437
URBANA	500.750	239.599	261.151
RURAL	29.914	15.905	14.009

Fuente: INDEC

Se observa un porcentaje levemente mayor de mujeres en valores absolutos y en la población urbana, mientras que entre la población rural es el grupo de varones el que supera al de mujeres.

5.1.8. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA

- 1- El impulso de crecimiento fue a través de la colonización, inmigración extranjera que como segundo o tercer destino llegaba a Mar del Plata luego de pasar por Brasil o Uruguay) , con sus actividades básicas, pesca , agricultura. El mayor pico de crecimiento fue en 1914, decreciendo hasta 1947.
- 2- Los flujos inmigratorios de las fases intermedias (b-c) son preponderantemente nacionales, sobre todo del interior de la provincia de Bs. As. y Rosario. La característica de estos contingentes es el empleo industrial, las tareas estatales o para estatales (ferrocarriles, casino) y las profesiones liberales, incluyendo pequeñas artesanías.
- 3- A partir de la fase c y hasta ahora, se consolida un flujo importante de inmigrantes de "la tercera edad" en general propietarios de segunda residencia.
- 4- Al final de la fase c y en la fase d se establecen importantes flujos migratorios originados directa o indirectamente en el interior del país (sobre todo área noreste) canalizados al área de prestación de servicios a menudo estacionales, pero con retención de esa población originalmente golondrina. También se nutre de los pobladores del Gran Bs.As segundo y tercer anillo de conurbanización, que a su vez también son del interior del país.

Bibliografía y fuentes :

ORÍGENES HISTÓRICOS DE MAR DEL PLATA. Julio Cesar Gascón

LA HISTORIA DE MAR DEL PLATA. Roberto T. Barili

Dto. de estadísticas de la Municipalidad de General Pueyrredón : publicación anual : Mar del Plata y el Partido Genral Pueyrredón en dos hojas.

Diario La Capital. Archivos.

Archivo Histórico Municipal .

- 5- La fase de consolidación se nutre de procesos migratorios del interior de la provincia de procedencias urbanas diversas. En general clase media, pequeños comerciantes, profesionales, obreros de la industria, intermediarios agropecuarios.

Geográficamente la mancha urbana inicia en traza original (ciudad/puerto) y la urbanización de playa Grande. Los dos procesos sucesivos posteriores : Expansión hacia el sudeste con el desarrollo de barrios populares Cerrito, Juramento y San Martín, y urbanizaciones turísticas a lo largo de la avenida Edison. El segundo lugar hacia el Noroeste , menos compacta, barrios populares con alta dinámica migratoria ; Pueyrredón , Las Heras , Las Américas, Belgrano, Newbery y Libertad. En esta área pero más ligado a las clases sociales medias , se desarrollan los barrios los Pinares, La Florida, Caisamar, Montemar, El Grosellar y Constitución, así como en la última fase los fraccionamientos de Alto Camet.

5.1.9 TIPOLOGIAS HABITATIVAS

Una de las características de Mar del Plata es la escasa diversidad de sus tipologías habitativas, que con pequeñas variantes han seguido el desarrollo de la ciudad. Dentro de estas características se puede destacar :

1- Ligada a la densidad e incluso mezquindad urbanística: Todo el triángulo del centro : entre av. Colón, Av. Independencia y el mar , fue resuelto con propiedades de escasa calidad constructivas y altas densidades, (propiedades horizontales) .Se fue sustituyendo los chalets de la Belle époque, por deterioro y obsolescencia , ya que de base eran construídas con escasa calidad, y una durabilidad inicial no mayor de los 30 años, por lo que se observa su derrumbe por inundación de sótanos, pérdida de resistencia de las corroídas armaduras de acero, o su tugurización por ocupación irregular , hacinamiento, transformación en inquilinatos, etc. Si bien la propiedad no ha perdido precio en relación a su pérdida de calidad.

2- Los barrios que rodean este centro, que adquirieron el llamado estilo Mar del Plata: pequeñas viviendas, generalmente binucleares (para rentar en verano la parte noble de la vivienda) , de plantas intrincadas, techos de tejas, falsas chimeneas, revestimiento de piedra (rememorando a los grandes chalets) , ocupadas por la clase media. Alternan con viviendas colectivas, sobre todo de explotación estacional. Actualmente en general en proceso de reciclaje y utilización para dobles fines :comercial y de vivienda. En general la característica es : binuclearidad, mezcla residencia comercio, plantas mezquinas, malas performances bioclimáticas.

3- Suburbio jardín : o barrios parque , alternativa de la clase media, en un anillo que rodea la anterior, grandes parcelas con viviendas unifamiliares y amplio jardín

4- Vivienda de interés social , es la que más tardíamente se desarrolló(alrededor de los 60) con distintas características :

- a- conjuntos relativamente extensos (200-500 unidades) , en tipologías de cinta o torretas, de densidad media.(zonas alejadas. Ej SOIP)
- b- Conjuntos más pequeños en extensión pero no en cantidad de viviendas, en zonas más centricas, con tipología de torre.
- c- Conjuntos de gran extensión en terreno y número de viviendas y mediana densidad, en general en el borde del ejido urbano.
- d- Desarrollo de viviendas individuales en lote propio, en general generados por movimientos cooperativistas. Barrios de 50 – 100 viviendas.
- e- Ya fuera de lo que es vivienda colectiva , la vivienda suburbana individual, realizada según un paradigma "evolutivo"o de vivienda "progresiva", a veces construídas a partir de una vivienda de las llamadas "prefabricada", en general construídas en zonas de urbanización también progresiva, estas viviendas están ligadas a los índices menos altos de calidad de vida

TABLA Nº XVI

Se presenta a continuación una Tabla con la descripción de viviendas en cuanto a sus características de ocupadas o desocupadas a lo largo de los tres decenios.

VIVIENDA

	1970	%	1980	%	1991	%
Viviendas particulares	139.027	100	205.008	100	257.366	100
Ocupadas	96.099	69	122.956	60	166.898	65
Desocupadas	42.928	31	82.052	40	90.468	35

Fuente: INDEC

Se observa un importante aumento de la categoría "Desocupadas" a lo largo de los tres decenios, aunque en los tres decenios las viviendas "Ocupadas" superan a las desocupadas.

5.1.10 EDUCACION

Se analizará a partir de la distribución de población escolar y de los establecimientos, la situación educacional del Partido.

POBLACION ESCOLAR Y ESTABLECIMIENTOS POR NIVELES.

TABLA Nº XVII

Nivel	Dependencia	Cant.de Establecimientos	Cantidad de Alumnos
Pre-escolar	TOTAL	168	19.038
	Provincial	27	* 4.541
	Municipal	33	* 4.398
	Privada	108	10.099
Primaria Común	TOTAL	168	67.220
	Provincial	70	35.897
	Municipal	17	9.287
	Privada	72	22.036
Primaria Especial	TOTAL	24	
	Provincial	14	* 2.163
	Privada	10	
Primaria Adolescentes Y Adultos	TOTAL	16	
	Provincial	16	* 1.584
Post-Primaria	TOTAL	13	5.172
	Provincial	1	885
	Municipal	11	3.268
	Privada	1	1.019
Media	TOTAL	89	34.815
	Nacional	1	642
	Provincial	36	29.654
	Privada	49	13.063
Superior No Universitaria	TOTAL	22	14.582
	Provincial	7	-/-
	Municipal	4	-/-
	No Oficial	11	-/-
Universitaria	TOTAL	2	23.288
	Oficial Nacional	1	22.186
	Privada	1	1.094

Facultades de Arquitectura y Urbanismo, Diseño Industrial, Ciencias Agrarias, Ciencias Exactas y Naturales, Ciencias Económicas y Sociales, Ingeniería, derecho, Humanidades, Esc. Sup. de Psicología, Esc. De Ciencias de la Salud y del Comportamiento Fuente: Secretaría de Educación de la Municipalidad de General Pueyrredón. Universidad de Mar del Plata F.A.S.T.A Consejo Escolar

En el Nivel Preescolar se observa una mayor cantidad de establecimientos Privados que Públicos y también una mayor concurrencia de niños al Sector Privado.

Por el contrario en el Nivel Primario es ligeramente mayor la cantidad de Establecimientos Públicos que Privados, pero en este caso se duplica la población que concurre al sector Público.

En la Primaria Especial, continúa siendo mayor la cantidad de Establecimientos Públicos que Privados. No se analiza la Población por datos incompletos.

Para atender las necesidades de escolarización de Adolescentes y Adultos existen 16 Establecimientos, todos Provinciales, a los que concurren algo mas de 1500 alumnos.

En cuanto a la Educación Post-Primaria, es el Municipio quien cubre la demanda casi en su totalidad con 11 Establecimientos (hay además uno Provincial y uno Privado) a los que concurren en total mas de 5.000 alumnos.

La Enseñanza Media cuenta con 89 Establecimientos de los cuales 49 son Privados. Sin embargo, la Provincia con 36 Establecimientos concentra la mayoría de la población con 20.650 alumnos sobre un total de 34.000.

Por último, la Enseñanza Superior se divide en "No Universitaria" y "Universitaria"; la No Universitaria tiene un total de 22 Establecimientos a los que concurren 14.592 alumnos (la mitad de los Establecimientos es Público y la mitad Privados). Para la categoría Universitaria existe dos Universidades una Pública, la Universidad Nacional de Mar del Plata a la que concurren 22.186 alumnos y la Privada, Santo Tomas de Aquino- FASTA, con algo mas de 1.000 alumnos.

En resumen, el perfil del alumno marplatense sería una educación Preescolar Privada, una primaria en Escuela Pública una secundaria que puede ser Pública o Privada o compartida y una Universitaria Pública. El total de la Población del Partido que concurre a algún Nivel de Enseñanza es de 167.844 es decir mas de la cuarta parte de su Población.

Conclusiones del Capítulo 5.1.

El Partido de General Pueyrredon, tiene a Mar del Plata, séptima ciudad en importancia del país, como su cabecera. Cuenta con mas de medio millón de habitantes, cifra que se triplica en la temporada estival; mas del 90% de su población reside en zonas urbanas. Nacen aproximadamente diez mil niños por año y fallecen algo menos de cinco mil personas, registrándose mas de dos mil matrimonios por año. Su tasa de Mortalidad Infantil es de 17,4 por mil.

En cuanto a la distribución de la población por grandes grupos de edad el 25,8% corresponde a 0-14 años y el 63, 3% al grupo 15-64 años y aunque 65 y + concentra solo un 10,9% es el único grupo en permanente crecimiento.

Gral Pueyrredón presenta un claro perfil turístico aunque con un importante desarrollo industrial. Cuenta con 1.483 establecimientos que ocupan a 14.159 personas (Censo Industrial 1994). El volumen de exportaciones (año 1996) alcanzó a u\$ 295.947.932.

El Presupuesto total del Municipio (ejercicio 1996) fue de u\$ 295.947.352 millones, asignándose al Sector Educación u\$ 25.864.383 millones (mas de la cuarta parte de su población asiste a alguno de sus niveles de enseñanza,) y al Sector Salud le fueron asignados u\$ 7.832.372 millones de pesos

En el próximo capítulo, veremos con qué recursos humanos e institucionales cuenta el Municipio para la atención de las necesidades de Salud en general y de portadores de HIV y pacientes de SIDA en particular y cuáles son sus estrategias de Prevención.

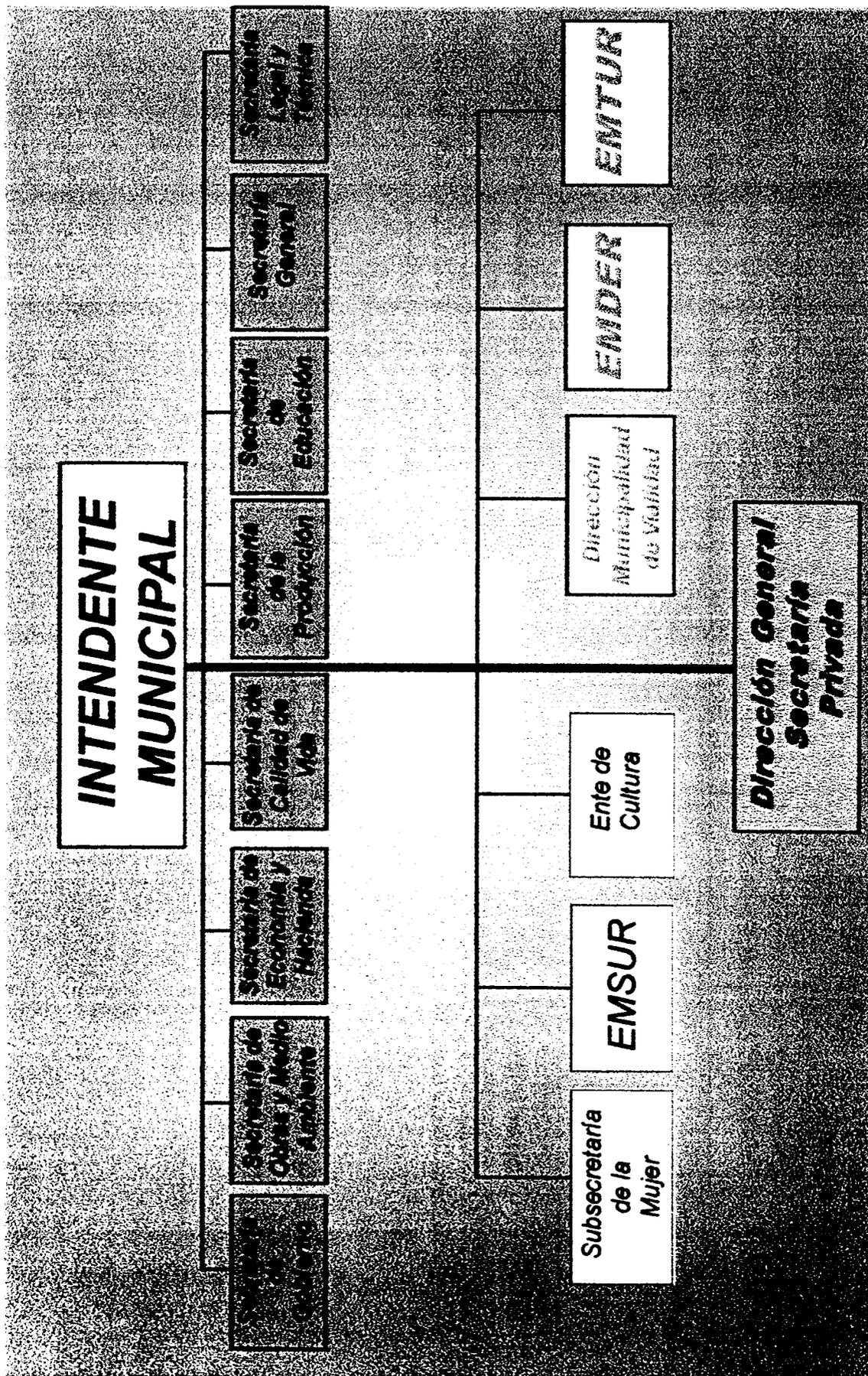
5.2. DESCRIPCION DE LA BASE DE ASENTAMIENTO INSTITUCIONAL.

En éste capítulo se describe la estructura institucional en la cual el proyecto se desarrolló: contiene Presupuesto Municipal. Incluye Salud Pública, Organigrama Municipal, Organigrama con la localización de los Centros de Salud, Tablas de los establecimientos Médicos Asistenciales de los tres sectores, estadísticas de pacientes atendidos en los cinco primeros meses del '97, el rendimiento horario del Personal Médico, y un gráfico porcentual de prestaciones de salud correspondiente a Mayo de 1997.

EJECUCION DEL PRESUPUESTO MUNICIPAL 1996
Administración Central y Entes Descentralizados

TOTAL	164.595.864,33	FINALIDADES	TOTAL
Ingresos Corrientes	157.899.208,96	Deliberativa	4.705.138,73
Ingresos de Capital	6.696.655,37	Adm.General	28.004.052,76
PRESUPUESTO DE GASTOS	162.867.767,34	Salud Pública	7.832.372,27
Erogac.Ctes.	113.539.509,84	Serv.Resp.Urb.	49.984.362,55
Erogación de Capital	2.012.584,63	Asistencia Social	14.260.527,15
Otras Erogaciones	6.184.144,94	Cultura y Educación	25.864.383,62
Deuda Rotante	22.228.361,69	Des.de la Ec.	2.660.033,90
SUPERAVIT	1.728.096,99	Serv. De la Deuda	29.558.898,38
		Infraestructura Vial	0,00
		TOTAL	162.867.767,34

Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.
Secretaría General. Subsecretaría Técnica.
Departamento de Estadística



5.2. TABLA N° N° XVIII

Establecimientos Médicos Asistenciales 1996

Dependencia	N° Establecim.	N° de Camas
Total	27	1.810
Nacional	1	66
Provincial	2	525
Municipal	1	9
Privado	23	1.212

TABLA N° XIX

Establecimientos Asistenciales Municipales 1996

Establecimientos	N° de Asistidos
Con Internación	
Hogar de Ancianos	137
Hogar F. Scarpatti	86
Hogar Juv. Lag. de los Padres	9
Casa de los Amigos	2
Casa de Admisión y Eval. (C. Arenaza-R. T. Gayone-F. S. carpatti)	51
Sin Internación	
Casa del Niño (4)	358
Centros Recreativos Asistenciales (4)	182
Hogar de Día	23

Principales Centro Asistenciales Municipales
 Centro de Salud N°1 – Avda. Colón 3294
 Centro de Salud N°2 – Guanahani 4546
 I.R.E.M.I.. – San Martín 3572

RENDIMIENTO HORARIO DEL PERSONAL MEDICO
Municipalidad de General Pueyrredón
MAYO 1997

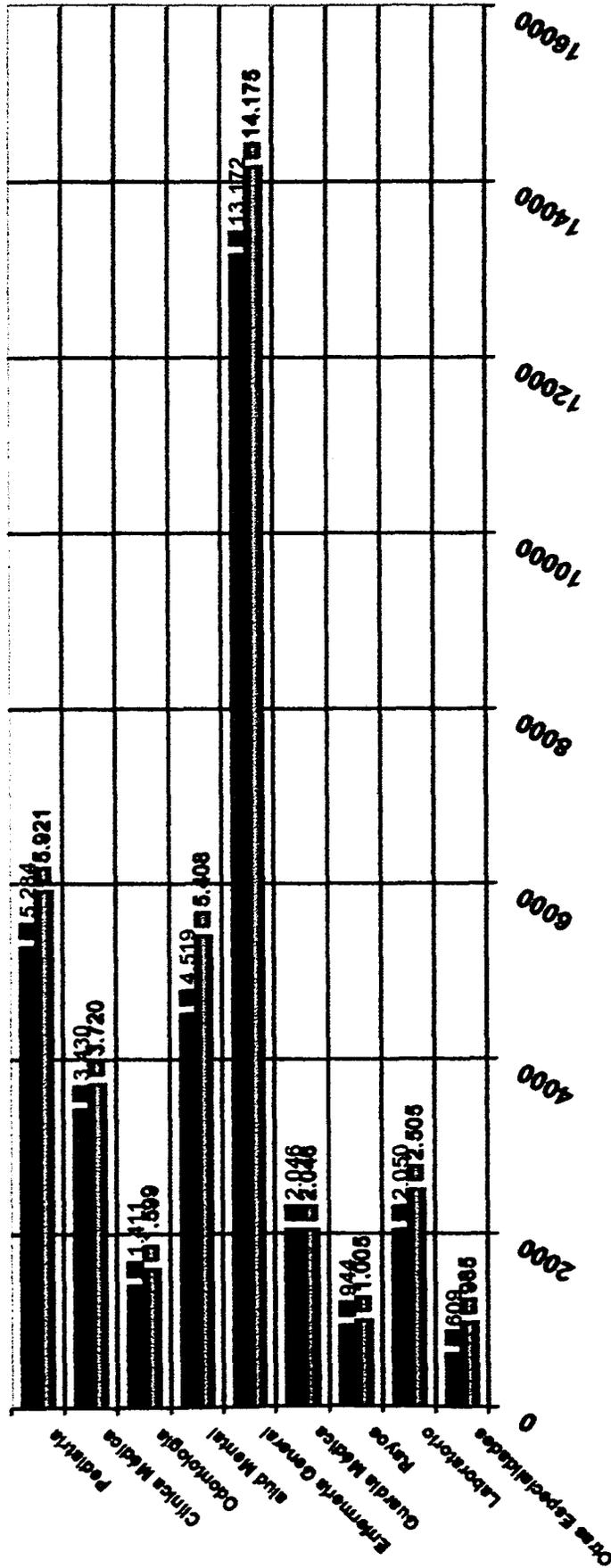
TABLA N° XX

Servicios	Horas Mód.	Horas Real
Pediatría	5.291	5.284
Clínica Médica	3.720	3.430
Ginecología General	2.948	2.880
Odontología	1.599	1.411
Salud Mental	5.408	4.519
Enfermería General	14.175	13.172
Guardia Médica	2.046	2.046
Rayos	1.005	944
Laboratorio	2.505	2.050
Otras Especialidades	985	609
OTROS	40.312	36.345

SECRETARIA DE CALIDAD DE VIDA - RENDIMIENTO HORARIO DEL PERSONAL MEDICO

MAYO 1997

■ Horas Mod. ■ Horas Real

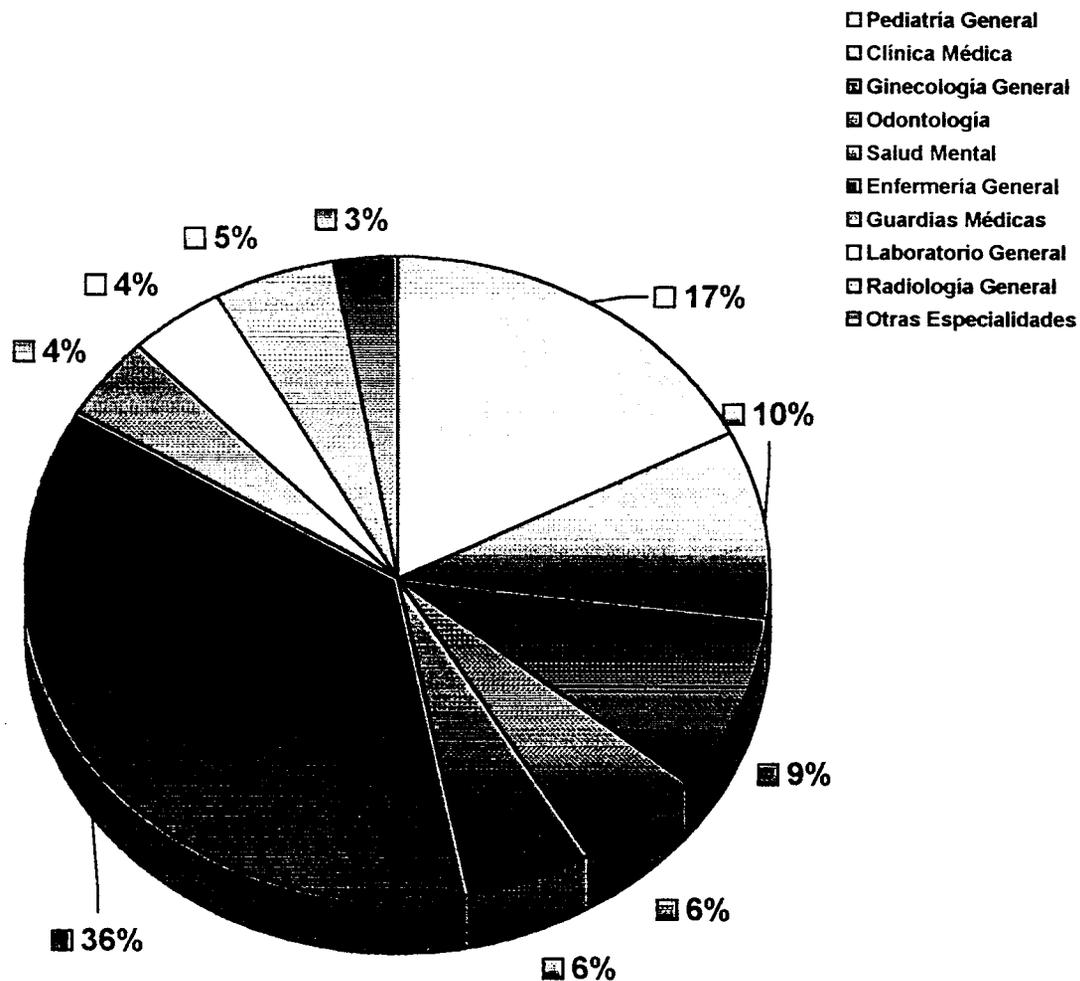


Presentaremos de un modo gráfico las modalidades de las prestaciones de salud.

GRAFICO PORCENTUAL DE ESTADISTICAS DE PRESTACIONES DE SALUD

Mes de Mayo 1997

GRAFICO VIII



Observamos que es la Enfermería como el servicio que más prestaciones efectúa a diferencia del resto, con un 36%, seguido de Pediatría con un 17%, seguidos por Clínica Médica: 10% y Ginecología: 10%.

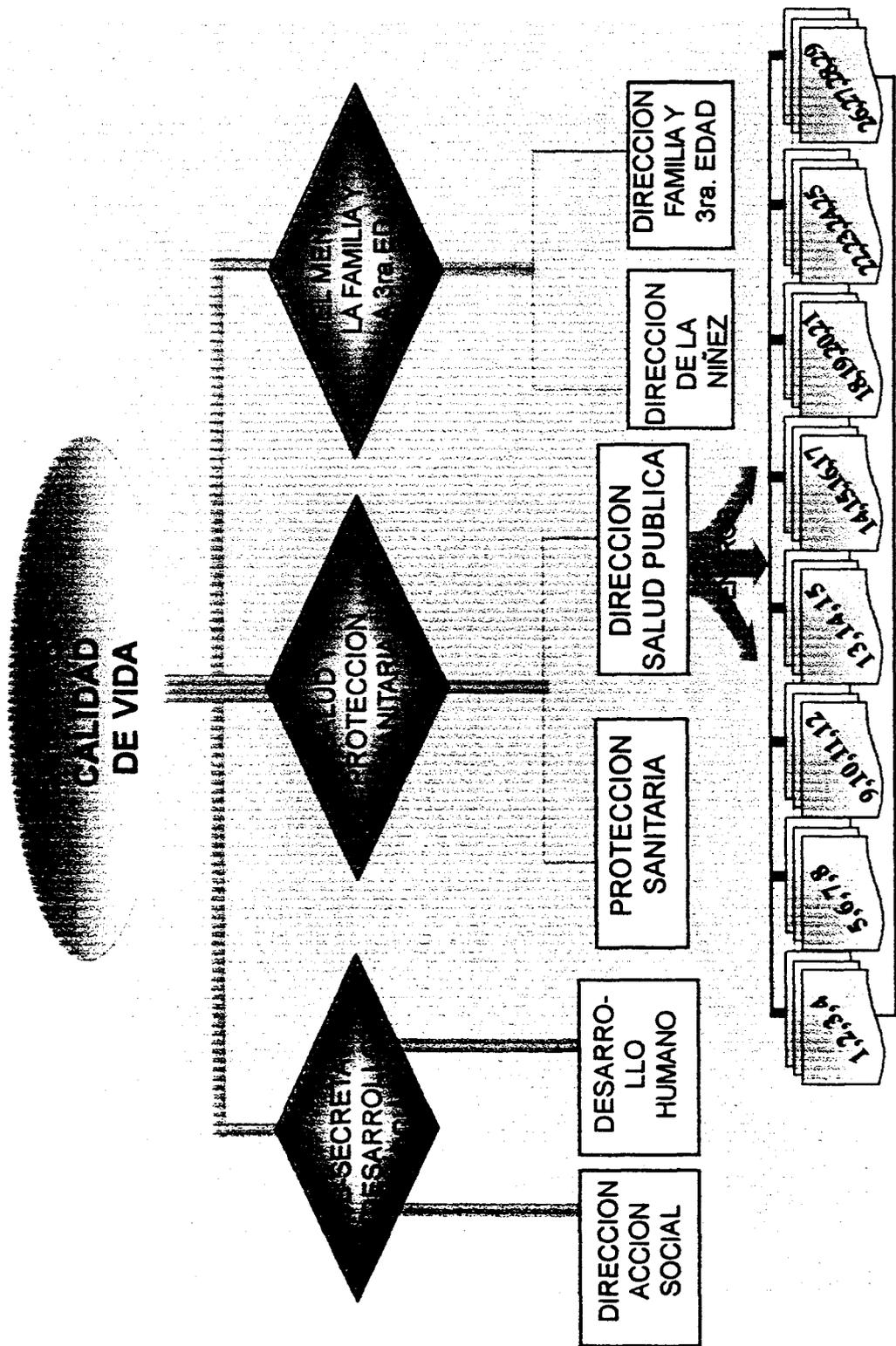
5.2. Estadísticas de Pacientes Atendidos – 1997
Acumulado: Enero/Mayo 1997

Nº	Servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		C.S.Nº1	C.S.Nº2	IREMI	S.Mental	El Mantillo	Libertad	9 Julio	C.S.Ibatán	Meyvelles	Centenario	J.Newbery	Delgrano	Ameghino	APANID	Es.Cañel
1	Enfermería	3.455	17.034	4.248	0	4.460	5.897	687	4.809	2.079	1.588	3.422	7.861	1.516	1.633	1.043
2	Vacunas	4.975	4.473	17.939	0	2.489	1.589	750	1.138	1.885	1.086	1.487	1.374	603	815	260
3	Guard.Medicia	0	9.188	0	0	3.321	0	0	4.628	0	0	226	0	0	0	0
4	Guard.Enfermería	926	4.428	0	0	5.477	1.679	0	3.213	337	0	914	3.617	0	0	0
5	Guia.Odonatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Traslados y Emerg	1	93	13	0	25	23	5	129	3	1	8	54	13	1	7
7	CLIN.MÉDICA	12.354	3.601	1.631	0	1.277	2.808	337	1.118	978	1.092	1.521	1.976	997	1.643	890
8	Plan Lactantes	0	2.598	2.566	0	2.690	2.741	1.235	1.478	8.010	1.852	1.995	3.132	1.088	1.283	297
9	Pediatría	0	2.897	1.614	0	1.536	1.971	1.088	2.796	1.983	1.811	2.571	2.906	1.243	1.088	547
10	Endocrinol.Pediatr	0	0	936	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Adolescencia	0	308	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Genec.Infanto-Juv	0	993	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Patolog. Ginecolog	0	2.655	4.873	0	2.296	931	399	843	654	855	1.000	805	371	752	286
14	Obst. Plan Embaraz	0	963	1.566	0	863	675	204	455	388	316	514	699	164	163	120
15	Sicopatol.del Parto	0	316	823	0	297	27	0	8	20	48	20	60	0	0	0
16	Odonatología	3.374	3.401	6.811	0	1.954	967	0	1.754	0	0	736	1.415	0	0	621
17	Salud Mental	0	2.103	5.101	3.960	1.587	2.316	0	293	291	1.392	1.618	384	0	1.097	0
18	Rayos	10.197	4.882	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Ecografías	0	157	2.827	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Laboratorio	0	3.649	12.103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Neurología	0	115	1.911	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Oftalmología	2.331	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Dermatología	0	36	397	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Alergia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Otor y Traumatol	0	1.280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Cardiología	0	0	780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Otorinolaringol	0	0	2.388	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Medi.Deporte	622	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	Certif.Salud	39	0	1.360	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	Cons.HIV SIDA	285	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Prog. Hipertens.	0	240	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL ES	38.599	55.460	70.104	3.960	28.242	21.624	4.705	22.662	11.628	10.041	16.032	24.183	6.895	8.475	4.071

5. EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROYECTO

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Totales
P. Ptegi.	F. as H. res.	San Martin	P. Hermoso	Huayra	Chapad.	L. Américas	C. Barragán	Pque. Canal	P. Sacana	Faro N.	Santa Rita	Cereñil	2 de Abril	L. Avenid	P. Servicios
1.221	6.624	579	712	727	2.133	1.725	758	1.100	1.524	1.716	133	0	441	1.188	80.324
612	1.240	65	207	174	242	1.622	52	577	398	448	0	0	155	60	46.654
413	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17.776
840	2.323	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23.724
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	97	1	4	4	3	4	3	4	2	0	0	0	0	0	515
1113	2.415	140	213	213	3	62	195	862	908	647	416	0	167	0	40039
845	2.089	18	169	169	227	2.599	80	795	102	7	7	0	364	0	33580
760	1.531	83	191	191	176	1.240	101	798	147	0	33	0	595	0	30117
0	0	0	0	0	248	0	0	0	0	0	0	0	0	0	936
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103	0	0	308
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.313
375	753	49	91	91	0	822	0	405	0	0	0	0	90	0	19.647
283	324	48	13	13	170	525	0	148	0	0	0	0	42	0	8.450
20	0	0	6	5	30	15	0	0	0	0	0	0	0	0	1.659
0	602	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21.623
0	481	0	0	0	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20.623
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15.079
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.984
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15.752
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.026
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.331
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	483
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.280
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	780
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.388
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	622
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.399
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	285
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	240
6.525	18.380	973	2.294	1.587	3.317	8.614	1.209	4.689	3.080	2.811	589	103	1.857	1.284	392.917

ORGANIGRAMA CALIDAD DE VIDA



5.3. Descripción del Proyecto

5.3.1. Marco Institucional del Proyecto

En el marco de acuerdos de Cooperación Bilateral entre la República Argentina y la República Federal de Alemania, la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) ejecutó un proyecto de apoyo al Programa Provincial de SIDA de la Pcia. de Buenos Aires entre los meses de abril de 1996 y marzo de 1998. El Programa se desarrolló mediante el apoyo financiero de la Unión Europea, en base a su Programa de Prevención de ETS/HIV/SIDA auspiciado por ella en varios países de América Latina.

La administración de los fondos estuvo a cargo de la Agencia GTZ y la Coordinación General se realizó conjuntamente entre el Programa Provincial de HIV/SIDA/ETS a través de su Director, el Dr. Remo Salve y la Agencia GTZ, a través de su Coordinador General para el Proyecto, Lic. Carlos A. Ramirez. Para la administración local, se designaron referentes y coreferentes para cada municipio con los cuales se firmaron convenios.

5.3.2. Diseño Original Zopp

La Planificación del Proyecto, se realizó a través de un Taller utilizando el método ZOPP, caracterizado por ser participativo y orientado a los objetivos. Por ello, se reunieron en la localidad de Lisandro Olmos, Pcia. de Buenos Aires) entre el 3 y el 6 de julio de 1996 representantes de todos los sectores implicados: Ministerios de Salud de la Pcia. de Bs. As., los Municipios de Berazategui, Moreno, La Matanza y Gral. Pueyrredón, Ministerio de Educación de la Provincia, Universidad Nacional de La Matanza, Banco Mundial, Ministerio de Salud de la Nación y ONGs.

En dicho taller y atento a la metodología seleccionada, se siguieron los siguientes pasos

- 1.- Análisis de la Participación o de los involucrados (Coordinadores, Ejecutores, Beneficiarios, Grupos de Apoyo, Organismos de Aprobación, Opositores o Perjudicados)
- 2.- Definición de Problema Central y elaboración de Árbol de Problemas
- 3.- Elaboración de Árbol de Objetivos
- 4.- Análisis de Alternativas, determinando posibles líneas de trabajo
- 5.- Construcción de la Matriz de Planificación, definiendo el Objetivo Superior y el Objetivo del Proyecto, los Resultados a ser Alcanzados y las Actividades a desarrollar para alcanzar cada Resultado
- 6.- Definición de los Indicadores Verificables Objetivamente (IVO), que se consideraron adecuados para el seguimiento de cada Resultado.

Si bien en el Anexo se incluye una información mas detallada de lo elaborado en el Taller ZOPP, a los efectos de la Evaluación que nos ocupa, nos focalizaremos en los Objetivos (Formulación positiva del/los problemas detectados expresados como "Resultados que se esperan alcanzar."

El Problema Central o Problema Núcleo, identificado fue definido como:

"Desarrollo Insuficiente del Programa Provincial de Prevención"

El Objetivo del Proyecto (O.P.) se definió como

"El Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA se ha fortalecido"

Por su parte, el Árbol de Objetivos fue construido en espejo con el Árbol de Problemas de acuerdo a la metodología ZOPP y fueron formulados en función de los resultados que se esperaba alcanzar.

Resultado N° 1: La estructura del Programa Provincial ETS/SIDA está organizada y funcionando. Se refería a la consolidación del Programa en los Municipios seleccionados.

Resultado N° 2: La Red de Operadores está organizada y funcionando: se trataba de la identificación de referentes municipales, organización de equipos de trabajo, identificación de los grupos de apoyo, etc

Resultado N° 3: Se ha capacitado multiplicadores y éstos a la población. Incluía actividades como definir las características de la capacitación, elaboración de manual operativo, etc.

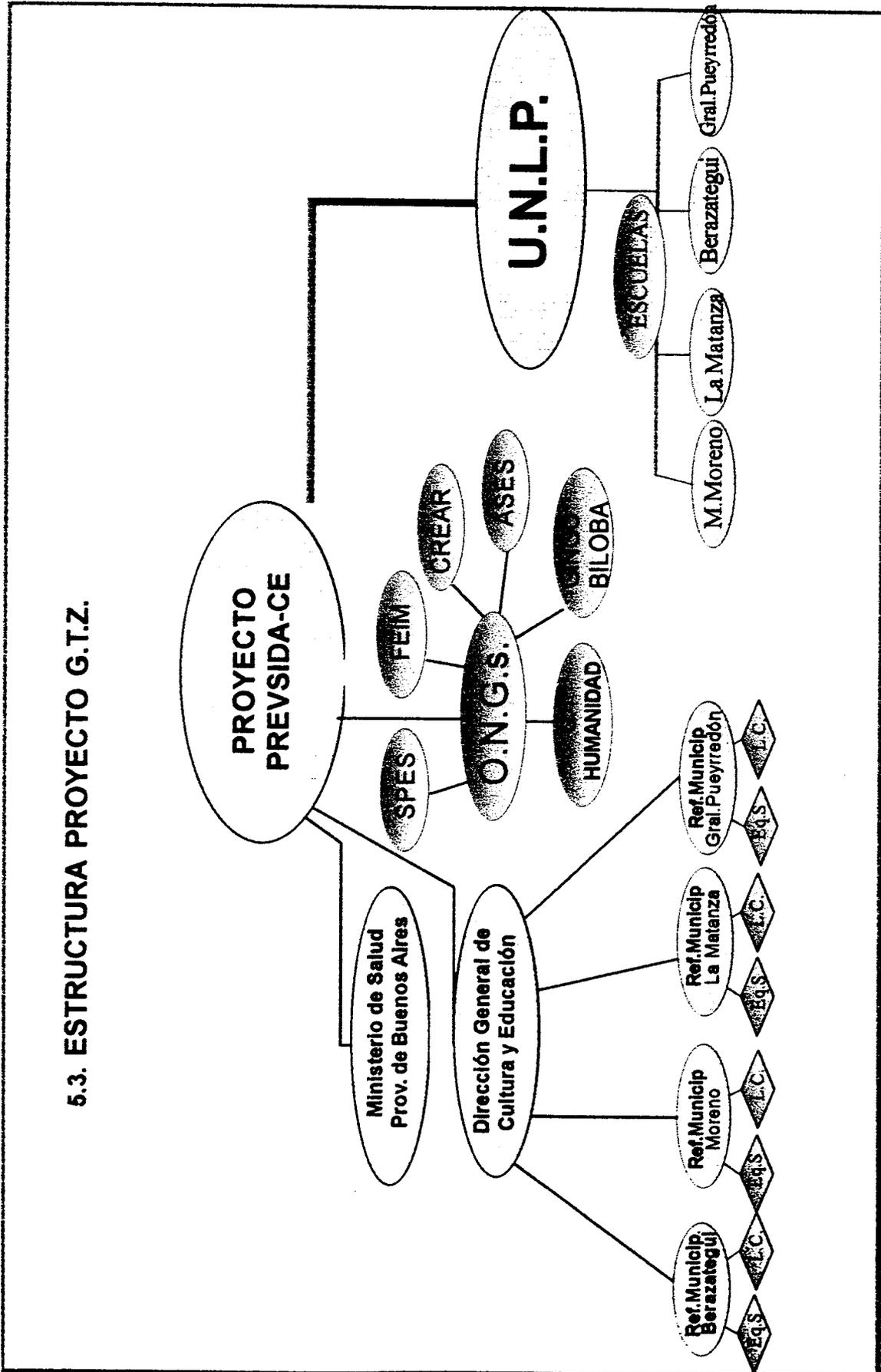
Resultado N° 4: Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control". Se preveía la creación de un equipo interdisciplinario que diseñara los instrumentos de evaluación para ser aplicados periódicamente, difundiendo los resultados para retroalimentación del sistema.

Resultado N° 5: Se han establecido Mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de Prevención. Para ello, se proponía la ejecución de dos investigaciones: una para caracterizar los grupos de usuarios de drogas inyectable y otro para determinar comportamientos sexuales de algunos grupos focalizados. También se proponía diseñar estrategias para hacer mas accesibles los profilácticos a la población.

Resultado N° 6: El Mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población. Para ello se decidió la elaboración de materiales, la creación de mensajes, la apelación a material didáctico ya existente y seleccionado para su difusión y acudir a los medios masivos para organizar campañas de difusión con participación comunitaria.

Para cada uno de estos Resultados formulados en la Planificación, se diseñaron los **Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)**, propuestos en este taller de Planificación, fueron definidos para cada Resultado esperado en los siguientes términos:

5.3. ESTRUCTURA PROYECTO G.T.Z.



Cuadro de Resultados e Indicadores Verificables Objetivamente

Resultados	Indicadores
Resultado N° 1: "La estructura del Programa Provincial ETS/SIDA está organizada y funcionando."	La Participación de los Municipios se ha incrementado en un "X" %
Resultado N° 2 La Red de Operadores está organizada y funcionando:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Están designados en "X" Municipios todos los miembros del equipo local previsto, según los perfiles definidos 2) Se cuenta con "X" cantidad de grupos de apoyo locales 3) Se seleccionaron "X" cantidad de capacitadores en las áreas previstas
Resultado N° 3 "Se han capacitado multiplicadores y estos han capacitado a la población"	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se ha capacitado el "X" % de las organizaciones comunitarias y redes sociales involucradas en el Proyecto a marzo '98 2) Se ha capacitado el "X" % de los inspectores, directivos, EDE y docentes involucrados en el Proyecto a marzo del '98 3) Se ha capacitado el 100% de los equipos de salud involucrados en el Proyecto a marzo del '98 4) Se ha capacitado el "X" % de la población objetivo del Proyecto a marzo del '98 en cada Municipio
Resultado N° 4 Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control	<ol style="list-style-type: none"> 1) El equipo para realizar la evaluación se ha conformado 2) Se diseñó un instrumento para hacer el diagnóstico inicial de cada uno de los Resultados del Proyecto 3) Se aplicó el instrumento de medición del diagnóstico inicial en cada uno de los Municipios 4) Existe un sistema de información estructurada en los 11 municipios³¹ 5) Se realizaron evaluaciones intersectoriales en los 11 municipios
Resultado N° 5 Se han establecido Mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de Prevención.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cantidad de bocas de expendio instaladas por el municipio estratégicamente 2) Cantidad de preservativos adquiridos en un límite de tiempo en las áreas geográficas del Proyecto
Resultado N° 6 El Mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se ha elaborado el 100% del material de comunicación soporte de las actividades de comunicación 2) Se ha elaborado y distribuido un "X" % del material de difusión 3) Un "X" de la población ha recibido el mensaje adecuadamente 4) Cantidad de espacios ocupados en medios masivos locales 5) Cantidad de actividades participativas comunitarias de difusión realizadas

Hasta aquí el diseño del proyecto con los resultados esperados. A partir de allí, cada municipio tuvo amplia libertad para ejecutar la propuesta y adaptarla según su propia realidad. Es en base a esta posibilidad que en el Municipio de Gral Pueyrredón se gestionó el Proyecto con un perfil propio y cuyos resultados que ofreceremos más adelante.

³¹ Inicialmente se preveía la implementación del Proyecto en once municipios pero luego quedaron reducidos a 4.

5.3.3. El Proyecto en el Municipio de Gral Pueyrredón

El Proyecto en General Pueyrredón se propuso capacitar:

- a) A cinco Grupos de **Líderes Comunitarias** de 20 integrantes cada uno. La mitad convocadas a través del Programa Provincial Vida (manzaneras) y la otra mitad a través de los Servicios Sociales Municipales. Estaba dirigido a mujeres adultas en en edad reproductiva y a adolescentes de ambos sexos semi escolarizados. La capacitación para Líderes Comunitarias se realizó a través de seis encuentros, uno por semana, según el siguiente programa:

Módulo N° 1

- Proceso de Salud-Enfermedad
- Importancia del cuidado de la Salud
- Prevención
- Aparato reproductor femenino y masculino

Módulo N° 2

- Diferencia entre sexo, sexualidad y relaciones sexuales
- Los roles de la mujer y el hombre en la sociedad, familia y pareja
- La relación entre sexualidad y placer
- Los mitos y prejuicios sobre la mujer y la sexualidad

Módulo N° 3

- Enfermedades de Transmisión sexual ETS. Definición
- ETS mas frecuentes
- SIDA ¿Qué es el HIV?
- Modos de Transmisión
- Pruebas de Diagnóstico

Módulo N° 4

- Cómo afecta el SIDA a la Comunidad
- El miedo y la desinformación generadores de rechazo y discriminación
- Consumo de Drogas y SIDA
- Vulnerabilidad de la Mujer

Módulo N° 5

- Impacto del SIDA en la Comunidad
- Planificación de tareas barriales

Módulo N° 6

- Elaboración de Proyecto de Multiplicación

- b) A cuatro **Equipos de Salud** de 30 profesionales cada uno (cupos para veinte profesionales al Municipio y 10 a la Provincia), es decir que la meta de capacitación fue de 120 profesionales, 80 Municipales y 40 Provinciales.

La Capacitación para Equipos de Salud, constó de ocho encuentros, uno por semana, de cuatro horas de duración cada uno según Programa que se detalla a continuación. La capacitación finalizaba con la elaboración de Proyectos Preventivos en sus propios ámbitos de trabajo.

Módulo N° 1 METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS CON ENFASIS EN LA METODOLOGIA DE TALLER

- Conocimiento de los fundamentos teórico-prácticos de la metodología.
- Describir los diferentes momentos que tienen lugar en el desarrollo de un taller.
- Describir el rol del facilitador.
- Relacionar la metodología con actividades de prevención en HIV/SIDA.º

Módulo N°2 EPIDEMIOLOGIA DE HIV/SIDA Y BIOSEGURIDAD

- Elementos básicos relacionados con los mecanismos de transmisión del HIV y otras ETS.
- Historia natural de la enfermedad.
- Presentación de la información epidemiológica del país sobre SIDA y ETS y conceptos epidemiológicos básicos para interpretar dicha información.
- Dar a conocer los elementos básicos de bioseguridad que deben tenerse en cuenta en una Unidad Sanitaria.

Módulo N° 3 y 4 – SEXUALIDAD

- Sexo y Sexualidad.
- Esclarecimiento de mitos y prejuicios relacionados con la sexualidad, incluido el concepto de normalidad y anormalidad.
- Concepto de sexualidad de menor riesgo y prácticas de sexualidad más seguras, así como la observancia de éstas prácticas en el equipo de salud.
- Definir qué es la educación sexual, enmarcándola dentro de una perspectiva de género.
- Fortalecer el asesoramiento sobre planificación familiar.

Módulo N° 5 SEGUIMIENTO CLINICO

- Interpretación de los datos de laboratorio y pasos a seguir.
- Conocer las recomendaciones sobre seguimiento clínico que deben darse a una persona VIH+ ó enferma de SIDA, enfatizando los criterios de autocuidado y calidad de vida.
- Conocer las drogas básicas para el tratamiento, usos y efectos.
- Conocer las enfermedades marcadoras.
- Conocer aspectos relacionados con la transmisión madre-hijo.

Módulo N° 6 ASESORIA EN HIV/SIDA

- Definición de HIV/SIDA.
- Identificar el perfil del asesor.
- Identificar las diferentes reacciones emocionales frente al resultado positivo de las pruebas y de la enfermedad misma.
- Elementos sobre manejo de la técnica de entrevista.
- Los derechos humanos en la Asesoría.

Módulo N° 7 Cuidados Paliativos

- Qué son y para qué sirven los cuidados paliativos.
- Conocer la base de los tratamientos de síntomas y asistencia domiciliaria.
- Conocer el manejo del paciente en los estados últimos de la fase terminal.
- Dar elementos para acompañamiento creativo a la familia del muriente.

Módulo N°8 Elaboración de Proyecto de Prevención.

5.3.4. G T Z -Gral Pueyrredón CRONOGRAMA Primer Cuatrimestre

Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Talleres para Líderes						
Primer Curso		4	9			
Segundo Curso			9	6		
Tercer Curso				30	5	
Talleres Equipo de Salud						
Primer curso			16	4		
Segundo Curso				22	10	
Otras Actividades						
Grupo Focal		20				
Capacitación de capacitadores		21 y 22				
Lanzamiento Oficial			18			
Counseling			14 y 15	16		
Capacitación capacitadores - Refuerzo				26 y 27		
Programación de Talleres	5 al 28					
Sexualidad 4 Municipios				21, 22, 23, 24		
Evaluación de los Cursos						7 al 11

5.3.5. G T Z General Pueyrredón- CRONOGRAMA Segundo Cuatrimestre

Actividades	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Talleres para Líderes						
Primer Curso /2º Cuatrimestre				1 5		
Segundo Curso/2º Cuatrimestre				3 7		
Tercer Curso/2º Cuatrimestre				6 17		
Cuarto Curso/2º Cuatrimestre				10 14		
Talleres Equipo de Salud						
Primer curso/2º Cuatrimestre		6	25			
Segundo Curso/2º Cuatrimestre			14	25		
Otras Actividades						
Cierre Equipos de Salud / 2º Cuatr.	10		23			
Cierre Líderes / 2º Cuatrimestre	10					
Informe y Evaluación/ 2º Cuatrimestre						
Planificación/						
Taller de Comunicación para Capacitadores						
Cierre de talleres Líderes y equipos						
Monitoreo de proyectos líderes y equipos				21,22,23,24		
Evaluación de los Cursos						7 al 11

5.3.6. G T Z - Programa analítico. 1er. Cuatrimestre

Curso	Fecha Inic	Fecha. Fin.	Nº Enc.	Responsables	Módulos	Fecha	Lugar
Líderes	Abril 4	Mayo 9	6	Pepa , EmiliaGarcía Morillo	Todos	Abril 4 - Mayo 9	Centro Martillo
E. de Salud	Abril 16	Junio 4	1º	Pedriini Nacha Maffei Marcela	Metodología	Abril 16	Centro Médico
			2º	Diaz, MariaMogensen, C.	Epidemiología	Abril 23	Centro Médico
			3º	Pepa, Emilia Spina, Mabel	Sexualidad	Abril 30	Centro Médico
			4º	Pepa, Emilia Spina, M.	Sexualidad	Mayo 7	Centro Médico
			5º	Diaz, María Suárez, S	Seguimiento Clínico	Mayo 14	Centro Médico
			6º	Brolese, Adriana Scarza, Delia		Mayo 21	Centro Médico
			7º	Moguensen Mazzini	Cuidados Paliativos	Mayo 28	Centro Médico
			8º	Pedriini, Nacha Maffei, Marcela	Proyecto	Junio 4	Centro Médico
Líderes	Mayo 9	Junio 6	1º al 6º	Moguensen C. Spina M.	Todos	Mayo 2 - Junio 6	Centro Nº2
E. de Salud	Mayo 22	Julio 10	1º	Pepa, Emilia Spina, Mabel	Metodología	Mayo 22	Centro Médico
			2º	Diaz, María Moguensen, C	Epidemiología	Mayo 29	Centro Médico
			3º	Pepa, Emilia Maffei, Marcela	Sexualidad	Junio 5	Centro Médico
			4º	Pepa, Emilia Maffei, Marcela	Sexualidad	Junio 12	Centro Médico
			5º	Diaz, María Corral, J	Seguimiento Clínico	Junio 19	Centro Médico
			6º	Brolese, Adriana Scarza, Delia	Asesoramiento Preventivo	Junio 26	Centro Médico
			7º	Moguensen, C	Cuidados Paliativos	Julio 3	Centro Médico
			8º	Pepa, Emilia Spina, Mabel	Proyecto	Julio 10	Centro Médico
Líderes	Mayo 30	Julio 4	6	García Morillo Maffei, Marcela	Todos	Mayo 30 - Julio 4	Batán

5.3.7. G T Z - Cronograma Analítico Segundo Cuatrimestre

Curso	Fecha Inic	Fecha. Fin.	Nº Enc.	Responsables	Módulos	Fecha	Lugar
Líderes	Agosto 15	Septiembre 19	6	Pedrini, Nacha García Morillo	Todos	Ago 15 - Set. 19	Centro Libertad
E. de Salud	Agosto 6	Septiembre 25	1º	E Pepa Maffei Marcela	Metodología	Agosto 6	Centro Médico
			2º	Diaz, Maria Mogensen, C.	Epidemiología	Agosto 14	Centro Médico
			3º	Pepa, Emilia Pedrini, Nacha	Sexualidad	Agosto 21	Centro Médico
			4º	Pepa, Emilia Pedrini, Nacha	Sexualidad	Agosto 28	Centro Médico
			5º	Diaz, Maria Corral, J	Seguimiento Clínico	Setiembre 4	Centro Médico
			6º	Brolese, Adriana Scarza, Delia	Aconsejamiento	Septiembre 11	Centro Médico
			7º	Moguensen, C Diaz, M	Cuidados Paliativos	Septiembre 18	Centro Médico
			8º	Pepa, E Maffei, Marcela	Proyecto	Septiembre 25	Centro Médico
Líderes	Agosto 22	Septiembre 26	1º al 6º	Brolese, A Maffei, M	Todos	Agosto 22 - Set. 26 6	Centro Nº2
E. de Salud	Septiembre 10	Octubre 29	1º	Pedrini, N Maffei, M	Metodología	Set. 10	Centro Médico
			2º	Diaz, Maria Moguensen, C	Epidemiología	Set. 17	Centro Médico
			3º	Pepa, Emilia Spina, Mabel	Sexualidad	Set. 24	Centro Médico
			4º	Pepa, Emilia Maffei, Marcela	Sexualidad	Octubre 1	Centro Médico
			5º	Diaz, Maria Corral, J	Seguimiento Clínico	Octubre 8	Centro Médico
			6º	Brolese, Adriana Scarza, Delia	Asesoramiento Preventivo	Octubre 15	Centro Médico
			7º	Moguensen, C Diaz, M	Cuidados Paliativos	Octubre 22	Centro Médico
			8º	Pedrini, N Maffei, M	Proyecto	Octubre 29	Centro Médico
Líderes	Septiembre.4	Octubre 9	6	García Morillo Spina, Mabel	Todos	Sept. 4 - Octubre 9	Sala Centenario

5.4. Evaluación del Proyecto:

Al entrar de la etapa central de nuestro trabajo, esto es, la Evaluación del Proyecto, deseamos aclarar en primer lugar que la Evaluación se efectuó sobre el Proyecto tal como se ejecutó en el Partido de General Pueyrredón, ya que el diseño original, contenía Resultados Esperados a nivel del Programa Provincial o Resultados comunes a los cuatro Municipios en los que se ejecuto. Queda fuera de nuestra evaluación cualquier aspecto que no corresponda a nuestro municipio.

La Evaluación ha sido realizada sobre tres soportes:

- ♦ Estructura y Proceso (5.4.1.)**
- ♦ Resultado (5.4.2.)**
- ♦ Impacto (5.4.3.)**

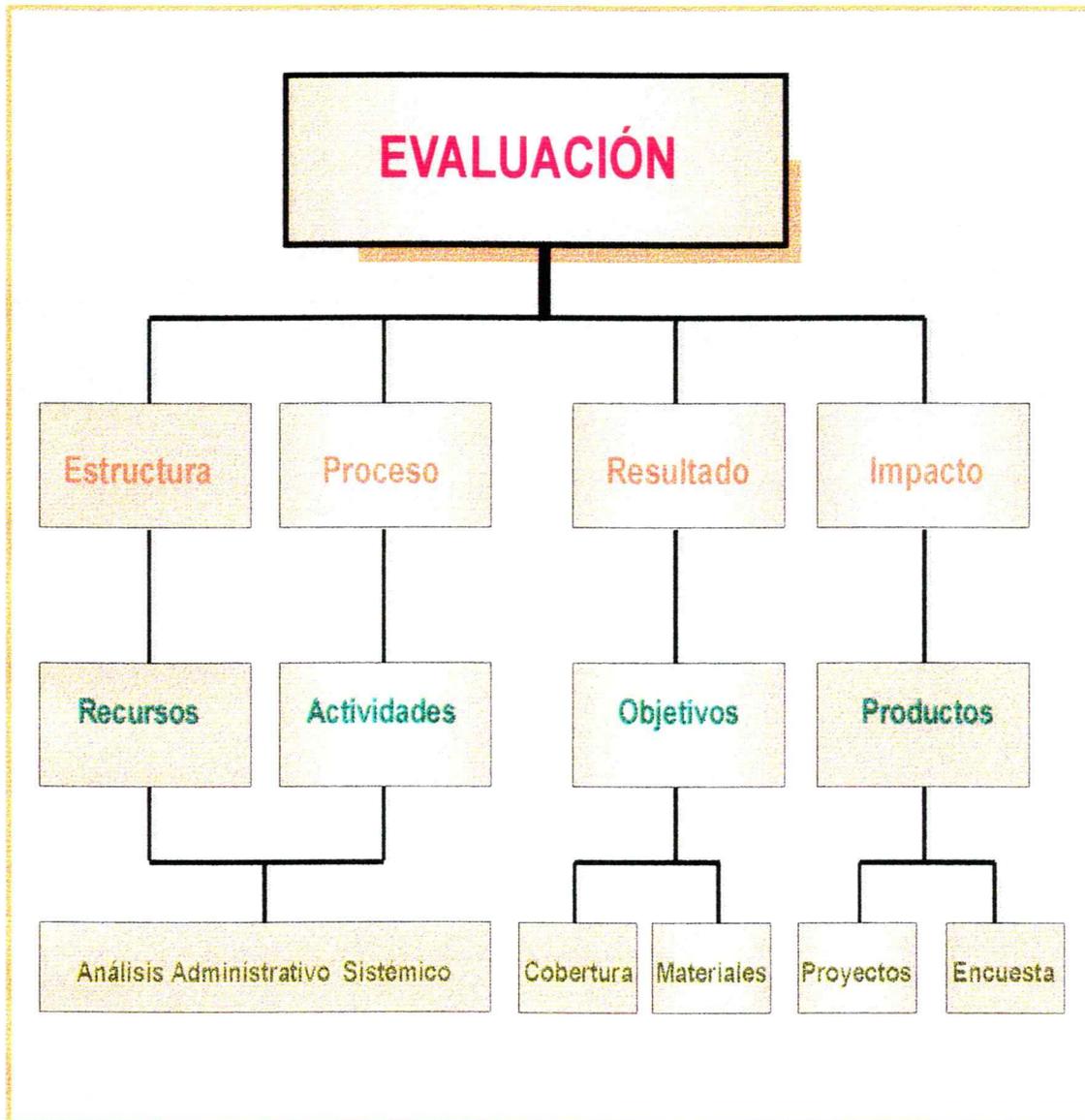
1.- Para la Evaluación de Estructura y Proceso, se observarán los Recursos y Actividades desarrollados a través del Análisis Administrativo Sistémico del Proyecto. Consideramos que este instrumento es apto para la evaluación de la utilización de los recursos y la idoneidad o no de las actividades implementadas.

2.- Para la Evaluación de Resultado, es decir de los logros obtenidos en función de los objetivos planteados, se han utilizado como indicadores la Cobertura alcanzada y la Elaboración participativa de Materiales.

3.- Para la Evaluación de Impacto, esto es de Resultados obtenidos por encima de los objetivos planteados, se utilizaron como indicadores los productos: Proyectos elaborados por Líderes Comunitarios y Equipos de Salud y una Encuesta de Intención de uso de Preservativo ideada, diseñada y realizada por adolescentes semi-escolarizados en el marco de la Capacitación que estaban recibiendo.

El Propósito de esta evaluación es analizar la eficacia del Proyecto de Prevención ejecutado a fin de analizar fortalezas y debilidades que faciliten las correcciones del caso para futuras estrategias de Prevención en HIV/SIDA y ETS.

*Diseño de Evaluación
del Proyecto de Prevención HIV-SIDA-ETS
MGP - 1997*



5.4.1. Evaluación de Estructura y de Proceso

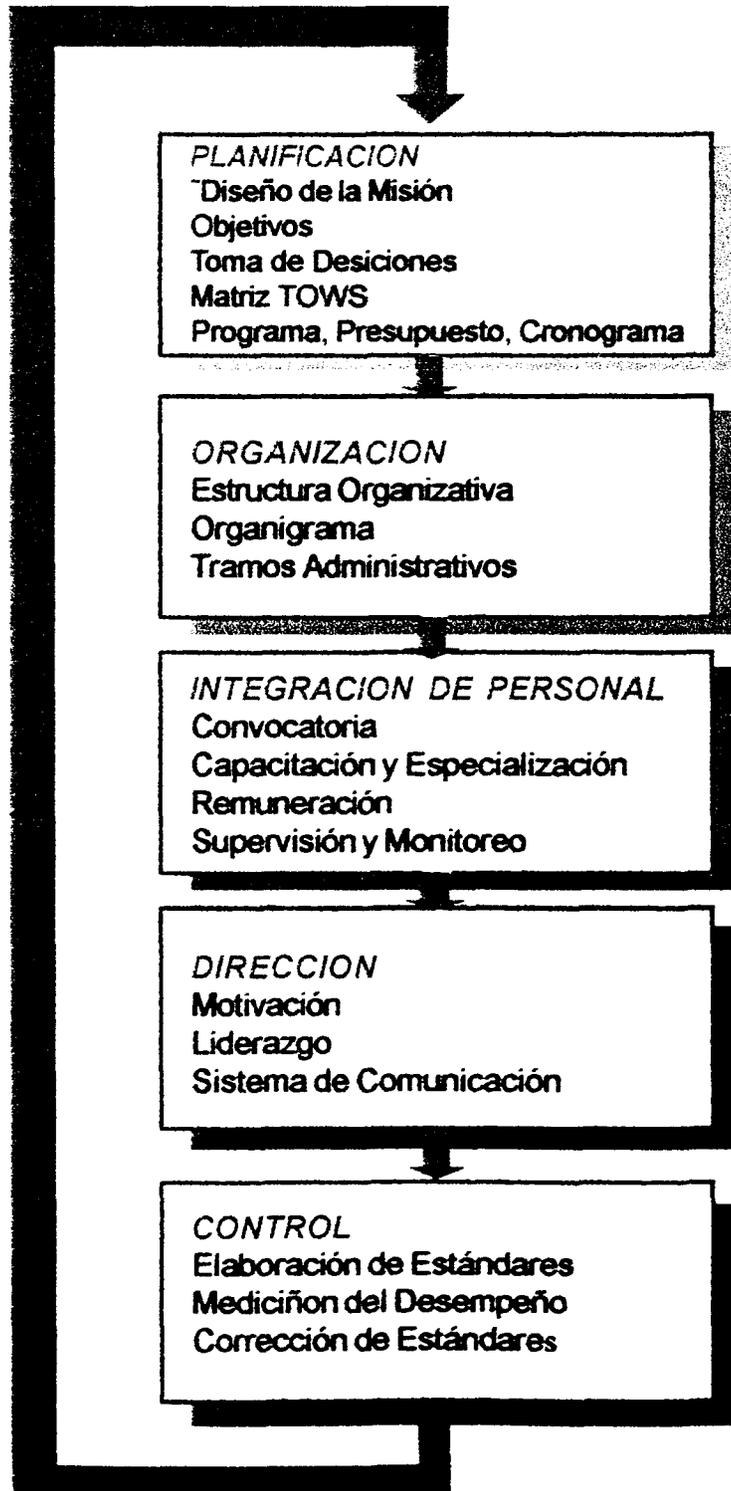
5.4.1.1. Análisis Administrativo Sistémico

Ambiente externo

Políticas de Salud (Nacionales, Provinciales y Municipales)

Programa Nacional de SIDA.

Programa Provincial de SIDA GTZ CE.



INTRODUCCION DISEÑO Y AMBIENTE

La Gestión del Proyecto Prev/SIDA CE requirió del diseño y mantenimiento de un ambiente que posibilitara el trabajo del grupo para el logro de la meta: Capacitar en Prevención a Equipos de Salud y Líderes Comunitarios en el radio de acción de diez Unidades Sanitarias del Municipio de General Pueyrredón: Las Heras, General Belgrano, Batán, Centenario, El Martillo, Libertad, Centro N°2, Iremi, Cohelo de Meyrelles, Jorge Newbery, APAND y Ameghino.

Para el diseño y mantenimiento de este ambiente fue necesario desplegar

- 1) **Habilidades Técnicas:** ya que se requirieron conocimientos científicos y Administrativos para lograr que, a través de una metodología específica se pudieran ejecutar actividades mediante la utilización de procesos y procedimientos propios. (Se describen en detalle mas adelante).
- 2) **Habilidades Humanas:** Se trató de integrar un equipo de profesionales y adiestrarlos para que todos estuvieran en condiciones de conducir eficientemente los grupos según la meta preestablecida.
- 3) **Habilidades Conceptuales:** Fue necesario ponerlas en juego para mantener la visión de conjunto a lo largo de todo el Proyecto en función de los objetivos planteados.
- 4) **Habilidades de Diseño:** Indispensables a la hora de la búsqueda de soluciones en medio de turbulencias políticas. Se trató de soluciones en función de la productividad, con un adecuado nivel de eficacia y eficiencia para poder cumplir con los objetivos propuestos en el tiempo previsto y con el presupuesto asignado.

5.4.1.1.1. PLANIFICACIÓN

* **Diseño de la Misión:**

Se definió como misión, lograr que los **Equipos de Salud** que efectúan la Atención Primaria de la Salud en el Municipio y **Líderes Comunitarios** de la ciudad de Mar del Plata (Mujeres en edad reproductiva y adolescentes de ambos sexos) reconozcan la responsabilidad que les corresponde en la Prevención del HIV/SIDA y ETS y se dispongan activamente en acciones concretas de Prevención.

* **Objetivo**

- 1) Capacitar a ochenta profesionales de Equipos de Salud en Prevención de HIV/SIDA y ETS, que efectúan la Atención Primaria de la Salud en 10 Unidades Sanitarias (El Martillo, Centro N°2, Cohello de Meyrelles, Libertad, Las Heras, APAND, Belgrano, Centenario, Batán y Jorge Newbery) dependientes del Municipio de Gral Pueyrredon y a cuarenta profesionales mas del sector público y/o privado.
- 2) Capacitar a 100 Líderes Comunitarias pertenecientes a la población de las diez unidades mencionadas. El 50% de las Líderes serían detectadas y convocadas a través del Programa Nutricional de Provincia VIDA y el 50 % a través de los Servicios Sociales Municipales del área.

* **Toma de Decisiones**

- a) La responsabilidad total de la gestión del Proyecto Prev/SIDA en Gral. Pueyrredon, estaría a cargo de un equipo integrado por un referente (médico) y un co-referente (trabajador social).
- b) Se convocaría a un equipo interdisciplinario de profesionales que tendrían a su cargo la responsabilidad de la capacitación de los Equipos de Salud y de los Líderes Comunitarios. La nómina de ese equipo capacitador, sería consensuada con las autoridades de Salud del Municipio.
- c) Se invitaría para recibir capacitación no solo a los Equipos Municipales, sino también a los de los dos Hospitales Provinciales Interzonales que funcionan en la ciudad. Esto facilitaría:
 - Analizar conjuntamente cuestiones inherentes a la marcha de la Epidemia
 - Homogeneizar criterios de atención y acciones de prevención
 - Establecer las mismas rutinas
 - Facilitar derivaciones por intercurrencias, necesidades de atención psico-social, etc.
 - Posibilitar relaciones mas cordiales entre los Equipos de Salud de las Unidades Sanitarias del Municipio y de los Hospitales Provinciales
 - Disminuir recelos y prejuicios recíprocos
- d) La convocatoria también incluiría a profesionales del Sector Privado aunque priorizando (en función de los cupos) al Sector Público
- e) La capacitación se efectuaría en grupos de entre 30 profesionales para Equipos de Salud y de 20 integrantes para Líderes Comunitarios (Mujeres en edad reproductiva y adolescentes de ambos sexos)

- f) Para Equipos de Salud, la capacitación constaría de ocho módulos de cuatro horas de duración cada uno, para desarrollar uno por semana durante dos meses, y para Líderes Comunitarios (Mujeres en edad reproductiva y adolescentes de ambos sexos) la capacitación constaría de seis módulos de cuatro horas de duración cada uno, para desarrollar uno por semana durante seis encuentros.
- g) Se propondría una secuencia lógica en los módulos de capacitación para ambos niveles, pero sujeto a modificaciones según necesidades detectadas o demandas implícitas o explícitas de los destinatarios
- h) Al finalizar la capacitación, los integrantes de los grupos de Líderes Comunitarios o Equipos de Salud serían motivados para que, en forma individual o grupal, diseñaran proyectos de prevención para ser ejecutados en sus propios ámbitos de pertenencia
- i) La convocatoria para Equipos de Salud, sería interdisciplinaria procurando la mayor representatividad posible en cada grupo de capacitación
- j) Se seleccionarían 10 Unidades Sanitarias (sobre un total de 29) atentos a la distribución geográfica de la incidencia de la infección en el Partido y a la población mayoritaria N.B.I.
- k) El Equipo Capacitador, recibiría un entrenamiento intensivo previo.
- l) El Equipo Capacitador contaría con material de apoyo y con los suficientes recursos materiales
- m) Desde el Equipo de Gestión, se procuraría la mayor satisfacción posible en los capacitadores mediante la remuneración adecuada y puntual, un buen apoyo logístico y el reconocimiento de su tarea.
- n) Al finalizar cada módulo los integrantes del grupo llenaría un formulario simple de evaluación autoadministrado
- o) Se diseñaría un Cronograma de actividades para el Primer cuatrimestre. En el mes de julio, luego de una evaluación del Equipo de Capacitadores, se efectuaría la reprogramación para el segundo cuatrimestre con los ajustes requeridos

5.4.2.4. Matriz TOWS

<p style="text-align: center;">Factores Internos</p> <p style="text-align: center;">Factores Externos</p>	<p>FORTALEZAS INTERNAS Programa Mun.deSIDA Equipo Capacitador Interdisciplinario c/experiencia en Prev.y/o tratamiento/ Capacidad Operativa Confianza en propias fortalez. Conocimiento de la población Ausencia de otros Programas de Capacitación Capacidad de convocatoria</p>	<p>DEBILIDADES INTERNAS La no prioritación del SIDA para la Política de Salud del Municipio/ Rechazo hacia el SIDA por parte de los Equipos de Salud Municipales/ Programa Mun. de SIDA visualizado como aislado, no integrado con otras áreas o Programas de Salud/ Escaso manejo de los medios de difusión</p>
<p>OPORTUNIDADES EXTERNAS Presupuesto de u\$30.000/ Equipo Técnico de Apoyo/ Materiales de Apoyo/ Articulación c/P.Pcial de SIDA/ Encuentros de Capacitación/ Acceso a Auditoría Externa/</p>	<p>Estrategia Maxi-Maxi 1) Progr. Municipal de Sida- Presupuesto de u\$30.000 2) Equipo Capacitador-Equipo Técnico de Apoyo 3) Confianza en propias fortalez-Articulación/Prog.Pcial 4) Capacidad Operativa-Auditoría Externa</p>	<p>Estrategia Mini-Maxi 1) No prioritación del SIDA para políticas de Salud del Munic.- Presupuesto de u\$30.000 2) Programa Munic. visualizado como aislado - Articulación Programa Pcial. de SIDA</p>
<p>AMENAZAS EXTERNAS Riesgo de Cambio de autoridades de Salud Municipales y/o Provinciales Diferencias de criterio entre ambas basadas en diferencias de gestión/ Emergencias sociales en el Municipio / El equipo capacitador puede total o / parcial ser convocado desde otros sectores y/o sus propios lugares de trabajo</p>	<p>Estrategia Maxi-Mini 1) Equipo de Capacit. Interdisc. c/experiencia - Riesgo cambio autoridades 2) Confianza en las propias fortalezas - Emergencias sociales. 3) Equipo de capacitación con experiencia - Integrantes de Equipo Capacitador pueden ser convocados desde otros sectores y/o sus propios lugares de trabajo</p>	<p>Estrategia Mini-Mini 1) Escaso manejo de los medios de comunicación Emergencias sociales 2) Riesgo de cambio de autoridades - Rechazo hacia el SIDA por parte de los Equipos de Salud Municipales</p>

*** Presupuesto**

Se elaboró un presupuesto muy simple a partir de cinco grandes partidas:

- Remuneración a Docentes
- Compras y Funcionamiento
- Referencia y Co-Referencia
- Refrigerios
- Talleres eventuales

a) El costo aproximado de cada Taller de Equipos de Salud se estimó en u\$ 2600 . Este costo se distribuía de la siguiente manera:

TABLA XXI

DETALLE	DESCRIPCION	IMPORTE	SALDO
Compras y Funcionamiento	Carpetas; Fibrones; Fotocopias; Papel afiche, etc	300	
Pago a Docentes	2 docentes x 4 hs.x 8 mód.= 64 hs.catedral x Taller (30 hora cátedra)	1.920	
Refrigerio	U\$A 50.- por módulo (breack coffe) x 8 módulos	400	
TOTAL		2.620	2.600

b) El costo aproximado de cada Taller de Líderes Comunitarios se estimó en u\$ 2.140.- Este costo se distribuía de la siguiente manera:

TABLA XXII

Detalle	Descripción	Importe	Saldo
Compras y Funcionamiento	Carpetas; fibrones; Fotocopias; papel afiche; etc.	300	
Pago a Docente	2 docente x 4 hs. x 6 mód. = 48 hs. cátedra p/Taller	1.540	
Refrigerio	U\$A 50.- por módulo (breack coffe)	300	
TOTAL		2.140	2.140

c) La Referencia y Co-Referencia fue fijada en u\$ 150 cada uno
Total estimado para el año: u\$ 3.600

d) El Presupuesto general para el Proyecto fue de u\$a 30.900,00 discriminandose de la siguiente manera

**Presupuesto Mínimo para la ejecución del Proyecto Prev/SIDA C.E. (G.T.Z.)
Municipio de General Pueyrredón - Año 1997**

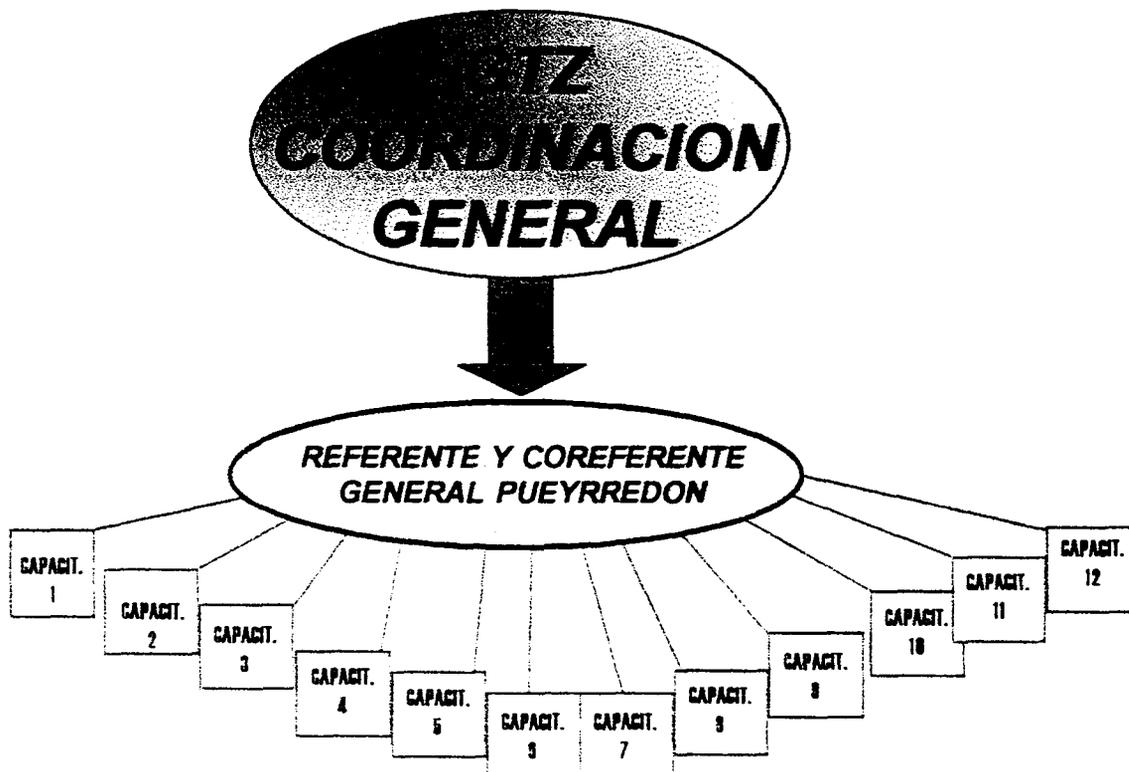
TABLA XXIII

DETALLE	PRECIO UNITARIO	
Referencia y Correferencia Mens.	150	3.600
Talleres Equipos de Salud x 4	2.620	10.480
Talleres Líderes x 7	2.040	14.280
Gastos Varios	2.000	2.000
		30.360

Se elaboraron planillas de registro de horas cátedra, de pagos, de rendición, de compras y funcionamiento, etc., que se adjuntan en el Anexo.

5.4.1.1.2. ORGANIZACIÓN

* Estructura Organizativa: Organigrama PREVSIDA CE Municipalidad de Gral. Pueyrredon



El equipo de capacitadores estuvo compuesto por 12 integrantes:

- Cuatro Médicos,
- Dos licenciadas en Servicio Social,
- Una Enfermera,
- Dos licenciadas en Ciencias de la Educación,
- Una Educadora Sanitaria,
- Una Antropóloga y
- Una licenciada en Filosofía.

Diez de los integrantes del grupo capacitaron a Equipos de Salud y seis a Líderes Comunitarias. La integración de los dos subgrupos se efectuó mediante reuniones semanales de trabajo.

* Tramos Administrativos

Existieron tres tramos administrativos es decir que se trató de una estructura de gran amplitud.

El Equipo Capacitador pudo ser conducida con eficacia gracias a que

- 1.- Se trató de subordinados con alto grado de calificación para la tarea
- 2.- Existió claridad en los planes
- 3.- Se utilizaron técnicas de comunicación eficaces
- 4.- Se mantuvo la cantidad de contacto necesario
- 5.- Existió claridad en la delegación de la autoridad

Por otro lado, el clima de trabajo creado fomentó el espíritu emprendedor y la creatividad explicitándose la responsabilidad en cuanto a tareas y resultados.

Una de las características de la organización fue la flexibilidad ya que sobre la ejecución del proyecto se reconocieron y desarrollaron preferencias personales y capacidades individuales: cada par de capacitadores fueron, por elección y en base a los resultados obtenidos, definiendo "especialidades", atento a los temas que se desarrollaban: Epidemiología, Sexualidad, Seguimientos Clínicos, Cuidados Paliativos, Bioseguridad, Formaulación de Proyectos, etc.

Se produjo lo que Keith Davis dice de la organización informal "red de relaciones personales y sociales, no requeridas por la organización formal, pero que se producen espontáneamente a medida que las personas se asocian".

5.4.1.1.3. Integración de Personal:

Atentos al concepto de integración de personal, esto es: "Cubrir y mantener cubiertos los puestos de la estructura organizativa", se efectuaron varias operaciones tendientes a dicho integración:

- a) Se identificaron los requerimientos de la fuerza de trabajo
- b) Se efectuó un inventario del personal calificado disponible en la ciudad
- c) Se reclutó, seleccionó y capacitó al personal seleccionado para que pudiera cumplir su tarea de modo eficaz y eficiente

* Convocatoria

En base a la decisión tomada en el momento de efectuar la Planificación (cfr. b), c), d) h) y j) pág. 68 y 69), se confeccionó una lista de profesionales interdisciplinaria e intersectorial con base en la demanda y en inventario del talento disponible para la función requerida. Dicha lista con veinte nombres fue elevada para su aprobación a las autoridades de Salud, quienes la redujeron a doce profesionales.

Quedaron así representados: Nación, Provincia y Municipio desde instituciones y/ Programas de Salud, la Universidad Nacional de Mar del Plata, Educación del Municipio y Educación Privada, Zona Sanitaria VIII y una ONG que atiende, a nivel local, a portadores de HIV/SIDA y a sus familiares.

El abordaje integral quedó asegurado mediante las disciplinas y profesiones representadas. Ellas fueron: Medicina, Antropología, Enfermería, Filosofía, Ciencias de la Educación, Servicio Social, Psicología, Psiquiatría y Educación Sanitaria.

La heterogeneidad en la integración del grupo, sin precedentes en nuestro medio, facilitó la integración *con el ambiente externo*, a través de las dependencias institucionales de sus integrantes y de sus ámbitos naturales de desarrollo profesional y con el *ambiente interno* la integración se vió facilitada por el clima organizacional y el sistema de recompensas.

El grado de cohesión del grupo fue tan alto que cuando en una oportunidad se convocó a un profesional de la Capital Federal para que diera uno de los Talleres sobre Cuidados Paliativos, mas allá de su capacidad y prestigio profesional, fue rechazado por el grupo de capacitadores y de capacitados, al no coincidir con el clima organizacional establecido.

Uno de los elementos claves de la integración de personal dentro del Proyecto fue la socialización de experiencias en los encuentros semanales de trabajo y la socialización de material bibliográfico disponible para todos los capacitadores y enriquecido en forma permanente por los mismos.

* Capacitación y especialización

Algunos de los criterios de selección utilizados para la integración del personal capacitador fueron: inteligencia, conocimientos, actitudes, facilidad para la comunicación, amplitud de criterios, interés en la tarea, experiencia y antecedentes en capacitación en prevención. Es decir que el diseño del puesto se realizó en función de los resultados esperados, no solo en cuanto a la capacitación concreta de los Equipos de Salud sino, particularmente en función del impacto buscado en el medio.

Las técnicas para la selección del personal fueron la evaluación de antecedentes y la entrevista. Para la integración, se utilizaron instancias previas de capacitación y para el mantenimiento reuniones de trabajo semanales de todo el equipo capacitador.

En cuanto al desarrollo organizacional, solo se utilizó la rotación de personal en un 50% y se prefirió la especialización, esto es, entre los doce capacitadores se fueron perfilando preferencias, aptitudes y destrezas que hicieron que el grupo consensuara, con el aval de la Referencia y Co-Referencia, los temas para los que cada par de capacitadores fue el mas apto.

* Remuneración

La remuneración fue la misma para cada capacitador a lo largo de todo el Proyecto, estableciéndose el valor de la hora cátedra en \$ 30 (treinta) Cada taller constó de cuatro horas, es decir que cada docente percibió por cada taller la suma de \$ 120 (ciento veinte). Es importante destacar que este valor fue considerado por los capacitadores como muy bueno, en función de los valores habitacionales en el medio.

Por otra parte, los pagos se hicieron efectivos, salvo excepciones en los días inmediatos posteriores a las jornadas de capacitación.

Tanto los montos de las horas cátedra como la diligencia en los pagos estuvieron orientadas a contribuir en el mantenimiento de un buen clima organizacional interno.

5.4.1.1.4. Supervisión y Monitoreo:

La supervisión, integrante del proceso organizacional, fue básicamente realizada entre pares, entre los mismos capacitadores, cabiendo a la Referencia y Co-Referencia el rol de facilitadores de este proceso de Supervisión autogestionada.

El monitoreo externo estuvo a cargo de un equipo de técnicos enviado por la Union Europea con los cuales todos los capacitadores tuvieron la posibilidad de interactuar y evaluar lo realizado hasta la fecha. Las conclusiones constan en un informe final aún no publicado.

5.4.1.1.4. Dirección

Entendemos como Dirección, el proceso de influir en las personas para lograr que contribuyan a las metas de la organización y del Grupo.

* Motivación

Como ya se ha expresado, los criterios de selección para ser capacitador fueron, entre otros, inteligencia, conocimientos, actitudes, facilidad en la comunicación, amplitud de criterios, interés en la tarea, experiencia y antecedentes de capacitación en prevención de HIV/SIDA, requisitos que en mayor o menor grado todos los integrantes del equipo capacitador reunían.

Se podía suponer, entonces que existía motivación previa en la tarea en relación al tema. El desafío consistió en que esa motivación cubriera las necesidades de seguridad y afiliación (a través de las relaciones interpersonales, de las condiciones de trabajo y de la calidad de la supervisión) y también necesidades de estima y autorrealización (a través del trabajo desafiante, de los logros y del reconocimiento).

Tal vez sea Vroom y su Teoría de la expectativa quienes mejor nos expliquen los resultados obtenidos. Desde la Coordinación del Proyecto Prev/SIDA Mar del Plata, se creía firmemente en que el grupo se "sentiría motivado a desarrollar su trabajo si creía en el valor de la meta y si tenía confianza en que sus acciones contribuirán a lograrla"³².

Básicamente, la fuerte motivación de los Capacitadores para realizar acciones de prevención, en un clima organizacional de confianza en el logro de la meta constituyó un valor anticipado, la satisfacción anticipada de una necesidad, ya que la fuerza aplicada dependió tanto del valor intrínseco de la meta como de la expectativa.

* Liderazgo

En términos conceptuales, el liderazgo ejercido por el Equipo de Referencia consistió en constituirse en proceso, de modo que los capacitadores pudieran de bastante buen grado contribuir a alcanzar las metas del grupo.

Si hubiera que categorizar el estilo de liderazgo ejercido en la escala de Likert, lo ubicamos en el "Participativo de Grupo", con una fluída comunicación vertical ascendente y descendente pero sobre todo horizontal

En cuanto a la Producción, los aspectos de mayor preocupación para el Equipo de Referencia fueron los procedimientos y procesos implicados en la acción concreta de capacitación, la calidad en el servicio que se brindaba y la eficiencia en el trabajo.

³² Koontz H., Weihrich, H. *Administración una perspectiva global*, pág.471

Se trató de un liderazgo continuo altamente centrado en los capacitadores (Tannenbaum y Schmidt.).

* Comunicación

Dentro del Proyecto, podemos analizar tres niveles de comunicación con resultados y efectos diversos.

- a) Comunicación vertical descendente: utilizada conscientemente para organizar los recursos humanos, difundir las metas y el encuadre general del Proyecto, obviando las dificultades que pudieran existir.
- c) Comunicación vertical ascendente: planteos claros, con dos líderes visibles de tipo cooperativo. Responsabilidad, inseguridad, temor a quemarse, sentimiento que dar el taller les requería esfuerzo muy grande. Utilizada para quejas, planteos, denuncias
- d) Comunicación horizontal: disenso respetuoso, actitudes solidarias y cooperativas, identificación de quienes se "achancharon" o de compañeros menos cooperativos

En todas las instancias, el propósito de los mensajes emitidos, implícita o explícitamente estaban destinados a lograr mayor eficacia y eficiencia en términos de productividad.

5.4.1.1.5. Control

Definido como sistema sencillo para retroalimentar el sistema, los controles establecidos en la organización pueden clasificarse en

- a) Controles de productividad
- b) Controles de rendimiento
- c) Controles de administración general de la Organización
- d) Controles externos

Se realizaron a nivel del Proyecto evaluaciones internas y evaluaciones externas.

a) Evaluaciones Internas

Para la realización de estándares de productividad, se elaboraron encuestas simples de evaluación autoadministradas que se tomaron al terminar cada módulo y se aplicaron a cada participante.

Estas evaluaciones fueron analizadas primero en el Equipo de Referencia y luego en la reunión semanal de trabajo, con todo el Equipo de Capacitadores. Las conclusiones de cada taller expresadas en estas evaluaciones, se constituyó en una verdadera guía que permitió efectuar las correcciones en función de las necesidades y demandas y también del grado de satisfacción de los asistentes a los Talleres.

b) Evaluaciones Externas

La Unión Europea contrató un equipo de evaluadores externos quienes concurren a los cuatro Municipios entrevistándose con los distintos niveles del Programa para la evaluación correspondiente. Esta evaluación se realizó en Diciembre del '97.

5.4.2.1. Cobertura

La cantidad de Talleres de Capacitación en Prevención en HIV/SIDA programada originalmente por GTZ para el Partido de Gral Pueyrredón para el año 1997, fue la siguiente:

Equipos de Salud: 4 Talleres para 30 Profesionales cada uno (veinte Municipales y diez de los Hospitales de Provincia) es decir que se preveía un total de ochenta profesionales de Equipo de Salud Municipales y 40 de Equipos de Salud Provinciales

Líderes Comunitarias: cinco talleres para Líderes Comunitarias de veinte integrantes cada uno (50% Líderes articuladas en Programas Municipales y 50% de manzaneras del Programa Vida de Pcia.), es decir, 150 Líderes Comunitarias.

Para poder determinar la Cobertura alcanzada, se analizó:

Cuadro Nº 1: Población total bajo Proyecto, discriminada por Centro

Centro de Salud	Población
Centro Nº 2	58.571
El Martillo	34.958
Libertad	14.329
Apand	35.470
Batán	10.000
Belgrano	12.971
Cohello de Meyrelles	23.868
Las Heras	8.924
Centenario	49.833
Jorge Newbery	45.047
TOTAL DE POBLACION BAJO PROGRAMA	293.971

- *Proyección en base al Censo de Población año 1991 -
Fuente: Programa de Epidemiología,
Secretaría de Calidad de Vida, MGP*

- * Teniendo en cuenta que el total de población para Mar del Plata para el año 1997 asciende a 601.000 habitantes, obsérvese que la población bajo Programa alcanza al 48,9 %.

Cuadro Nº 2: Población atendida en un mes promedio (julio de 1997) discriminada por Centro

Centro de Salud	Población
Centro Nº 2	12.935
El Martillo	4.946
Libertad	4.232
Apand	1.499
Batán	4.032
Belgrano	5.053
Cohello de Meyrelles	2.565
Las Heras	3.375
Centenario	2.461
Jorge Newbery	3.501
Total de Población bajo Programa en un mes Promedio	44.599

Fuente: Programa de Epidemiología, Secretaría de Calidad de Vida, MGP

- Si bien se trata de prestaciones, no de pacientes, la cifra indica una importante cantidad de prestaciones mensuales para la zona de cobertura, ya que el 44.599 es el 15,1 del total de la población bajo Proyecto. Es decir que a través de la importante cantidad de contactos mensuales existen numerosas oportunidades formales e informales de realizar prevención

Cuadro Nº 3: Total de Profesionales de Equipos de Salud Capacitados según Sector en el Proyecto de Prev., GTZ CE - Gral Pueyrredón 1997

Sector	Sub-Sector	Cantidad	%
Público	Municipio	87	60,1
	Provincia	35	24,1
	Nación	17	11,7
Privados		6	4,1
TOTAL		145	100

- * Esta cifra está indicando el hecho histórico en el Partido de Gral Pueyrredón, en el ámbito de Salud, como fue la capacitación en Prevención conjunta intersectorial cuyo impacto se prevee como altamente positivo.

Cuadro Nº 4: Cuadro Comparativo entre los Talleres Programados y los Talleres Realizados

	Talleres Programados	Talleres Realizados	Cobertura
Equipos de Salud	4	4	100%
Líderes Comunitarias	5	7	140%
TOTAL	9	11	122%

Como puede observarse, se realizaron los cuatro talleres destinados a Equipos de Salud planificados pero siete para Líderes Comunitarios. Los tres que se agregaron en este caso fueron destinados a adolescentes semi-escolarizados, en base a la demanda recibida de la propia población destinataria.

Cuadro Nº 5: Profesionales Municipales Capacitados discriminados por Centro

CENTRO DE SALUD	Profesionales	%
Centro Nº 2	12	13,8
El Martillo	14	16,2
Libertad	6	6,8
Apand	4	4,6
Batán	4	4,6
Belgrano	14	16,1
Cohello de Meyrelles	8	9,2
Las Heras	6	6,8
Centenario e IREMI	11	12,7
Jorge Newbery – Ameghino	8	9,2
TOTAL de PROFESIONALES CAPACITADOS	87	100

- * Si comparamos el Resultado esperado, 80 profesionales de Equipos de Salud Municipales, con el Resultado obtenido: 87 profesionales capacitados tenemos una capacitación del 108%

Cuadro Nº 6: Profesionales de Equipos de Salud Municipales Capacitados discriminados por especialidades

Profesión	Especialidad	Cantidad	%
Médicos			
	<i>Pediatra</i>	20	22,9
	<i>Clínico</i>	5	6,0
	<i>Ginecólogos</i>	6	6,8
	<i>Otros</i>	3	3,5
Bioquímicos		2	2,2
Odontólogos		8	9,2
Asistentes Sociales		11	12,8
Psicólogos		3	3,6
Terapistas Ocupacionales		2	2,2
Fonoaudiólogos		1	1,1
Enfermeros		14	16,1
Administrativos		7	8,1
Personal de Servicio		2	2,2
Técnico de Laboratorio		1	1,1
Estimuladora Temprana		2	2,2
Total		87	100

- * El 39,2% de los profesionales capacitados fueron médicos y en forma destacada, pediatras. Esta tendencia puede estar indicando la fuerte motivación que sienten desde su práctica cotidiana para adelantarse a la epidemia a través de respuestas eficaces.

Cuadro Nº 7: Líderes Comunitarios Capacitados

Centro de Salud	Población
Centro Nº2	14
El Martillo	27
Libertad	28
Apand	4
Batán	2
Belgrano	29
Cohello de Meyrelles	8
Las Heras	6
Centenario	4
Jorge Newbery	5
Total de Líderes C Capacitados..	127

- * Si tenemos en cuenta que la meta propuesta era de 100 Líderes Comunitarios, la cifra está indicando una cobertura de 117 % para este grupo objetivo

Conclusiones de la Cobertura:

Los logros obtenidos medidos a través del Indicador "Cobertura" nos permiten advertir que los logros han sido óptimos y superando lo esperado en cuanto a cantidad de Talleres, y cantidad de Profesionales de Equipos de Salud y Líderes Comunitarios capacitados.

5.4.2.2. Evaluación de Producción participativa de materiales y de otras acciones de comunicación

Recordemos el Resultado (Objetivo) N°6:

"El mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población", y de sus indicadores:

- (a) Se ha elaborado el 100% del material de comunicación soporte de las actividades de comunicación
- (b) Se ha elaborado y distribuido un "X"% del material de difusión
- (c) Un "X" de la población ha recibido el mensaje adecuadamente
- (d) Cantidad de espacios ocupados en medios masivos locales
- (e) Cantidad de actividades participativas comunitarias de difusión realizadas

5.4.2. Evaluación de Producción Participativa de Materiales GTZ – Prevención en SIDA – Mar del Plata.
 Resumen de piezas y procesos de elaboración y uso.
 Se realizó una selección de las principales. Muchas de las piezas evaluadas modelaron la tarea local de las líderes.

Número y mención cotidiana	1. Afiche, 2. folleto, 3. volante 4. guía, 5. lámina 6. Material didac. 7. texto, 8. guión 9. Otros	Cantidad	Demanda por	1. Informar, 2. Advertir, 3. explicar, 4. orientar acciones, 5. ejercitar, 6. acompañar, 7. identificar, 8. divertir, 9. tener presencia institucional o grupal 10. otros	Breve descripción y/o de la respuesta esperada con relación al problema o necesidad que se pretende superar	Los agentes y/o la gente usarán las piezas en: 1. Taller 2. Ámbito interno 3. Calle 4. Correo 5. otros	Participantes 1. Individual es 2. grupales 3. Técnicos 4. no Técnicos	A los agentes les resultó: 1. Cómoda 2. Útil	1. Logrado Total 2. Logrado Parcial 3. No logrado 4. Adverso	Observaciones, en particular las oportunas para la transferencia de procedimientos útiles
Nº y nombre	Tipo	Cantidad	Demanda por	Propósito del emisor	Identificación y Respuesta de los receptores	Para ser usada en / como	Elaborado por	Evaluación de uso	Evaluación de respuestas	Observaciones
Nº 1 El calco	Caligrafía	3500	Talleres y usuarios	Advertir y orientar la decisión de los adolescentes refiriendo a valores	Adolescentes. Integrar amor, seguridad, preservativo.	Taller, ámbito interno y calle	Grupos de talleristas y técnicos	Cómoda y útil	Logrado total	Se festeja el lenguaje directo y la ternura del planteo.
Nº 2 Folleto Anaranjado	Folleto	1500	Talleres y usuarios	Informar, 1. explicar, 2. orientar acciones, 3. acompañar, 4. presencia institucional	Adolescentes. Para informar de riesgos y de conductas seguras. Lugares de referencia y consulta	Talleres y calle.	Grupo de tallerista, técnicos.	Cómoda y útil	Logrado total	Positivo el lenguaje directo y la utilidad y pertinencia del contenido. En particular, la orientación para las adolescentes y a las instrucciones de uso de los preservativos.
Cartel de convocatoria	Afiche	200	Líderes	convocatoria a talleres	Interés y asistencia de mujeres adolescentes y adultas al taller de Prevención	Calle e interiores públicos	Líderes y técnico	Cómoda y útil	Logrado parcial	Complementar con invitaciones personalizadas y contactos cara a cara.
Invitación a los talleres	Tarjeta	200	Usuarías de la acción de las líderes	1. Informar, 2. orientar acciones, (convocatoria) 3. presencia Institucional	Interés y asistencia de mujeres adolescentes y adultas al taller de Prevención	Mano en mano	Líderes técnico	útil	Logrado parcial	Complementar con afichea y cartelera mayor que legitime públicamente las actividades a las que se invita.

La radio	Audición, ½ h	4 veces por semana	Líderes	4. Informar, advertir, explicar, orientar acciones, 7. presencia institucional y grupal	Implicación barrial.	Utilización de un medio para llegar a sectores abiertos.	Líderes y capacitadores	útil	logrado	Experiencia de formación expresiva e instrumental muy valiosa para las líderes.
Piezas de cada taller	Folleto, volantes, afiches	3 a 4 por taller	Capacitadores en taller	formación	Autoconfianza expresiva	Ámbito de los talleres	Talleristas	muy útil	logrado	Fue la única experiencia de los capacitados en medios masivos. Fue altamente positivo el impacto en la comunidad barrial a la que pertenecen las líderes.
Talleres de comunicación para líderes	talleres	permanente	líderes	Formación en comunicación	Autoconfianza y producción en comunicación					
Asesoramiento a capacitadores y líderes	Apoyo técnico y talleres	permanente	capacitadores y líderes	asesoramiento y producción de diseño	Capacitadores y líderes	Talleres e intervenciones institucionales	Técnico, líderes y capacitadores	muy útil	logrado	Las referencias técnicas aseguran la eficacia de los capacitadores y ajustan la actividad comunicacional de los líderes y talleristas.

**PIEZAS GR
AFICAS**

**Folletos
Volantes
Calcos**

GRILLA COMPARATIVA ENTRE LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS LOGROS OBTENIDOS

Indicadores		Evaluación
Resultado Nº 1: La estructura del Programa Provincial ETS/SIDA está organizada y funcionando.	La Participación de los Municipios se ha incrementado en un "x" %	
Resultado Nº 2 La Red de Operadores está organizada y funcionando:	Están designados en "X" Municipios todos los miembros del equipo local previsto, según los perfiles definidos Se cuenta con "X" cantidad de grupos de apoyo locales Se seleccionaron "X" cantidad de capacitadores en las áreas previstas Se ha capacitado el "X" % de las organizaciones comunitarias y redes sociales involucradas en el Proyecto a marzo '98 Se ha capacitado el "X" % de los inspectores, directivos, EDE y docentes involucrados en el Proyecto a marzo del '98 Se ha capacitado el 100% de los equipos de salud involucrados en el Proyecto a marzo del '98 Se ha capacitado el "X" % de la población objetivodel Proyecto a marzo del '98 en cada Municipio	Se designaron en General Pueyrredón Referente y Correferente Se seleccionaron 12 capacitadores en las áreas previstas Se ha capacitado 109, 1% de los profesionales de Equipos de Salud Municipales previsto a marzo de 1998- Se ha capacitado el 117% de la población objetivo Del Proyecto para el Municipio de General Pueyrredón
Resultado Nº 4 Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control	El equipo para realizar la evaluación se ha conformado Se diseñó un instrumento para hacer el diagnóstico inicial de cada uno de los Resultados del Proyecto Se aplicó el instrumento de medición del diagnóstico inicial en cada uno de los Municipios Existe un sistema de información estructurada en los 11 municipios ³³ Se realizaron evaluaciones intersectoriales en los 11 municipios Cantidad de bocas de expendio instaladas por el municipio estratégicamente Cantidad de preservativos adquiridos en un límite de tiempo en las áreas geográficas del Proyecto	
Resultado Nº 5 Se han establecido Mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de Prevención.	Se ha elaborado el 100% del material de comunicación soporte de las actividades de comunicación	Han sido adquiridos todos los preservativos requeridos para ser distribuidos dentro de la ejecución del Proyecto para el Municipio de General Pueyrredón a marzo de 1998
Resultado Nº 6 El Mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población.	Se ha elaborado y distribuido un "X" % del material de difusión Un "X" de la población ha recibido el mensaje adecuadamente Cantidad de espacios ocupados en medios masivos locales Cantidad de actividades participativas comunitarias de difusión realizadas	Se ha elaborado el 100% del material de comunicación soporte de las actividades de comunicación Se han elaborado y distribuido el 100% del material de difusión (5.400 piezas) No fue posible determinar el % de población que ha recibido el mensaje adecuadamente Se contrató un espacio de radio, autogestionado por Líderes Comunitarias con fondos de GTZ para la difusión de la Prevención y de las actividades desarrolladas dentro del Proyecto

³³ Inicialmente se prevía la implementación del Proyecto en once municipios pero luego quedaron reducidos a 4

5.4.3. EVALUACIÓN DE IMPACTO

En la Evaluación de Impacto analizaremos las consecuencias medibles del Proyecto de Prevención.

Los indicadores que utilizaremos para ello se refieren a productos obtenidos:

- *Proyectos de Multiplicación de Equipos de Salud y Líderes Comunitarios*
- *Encuesta sobre Intención de Uso del Preservativo diseñada y aplicada por un grupo de adolescentes mientras estaban siendo capacitados y por propia iniciativa.*

Los Proyectos diseñados cubren con sus estrategias preventivas a un amplio sector de la población. Lo relevante es que se trata de población con la cual Equipos de Salud y Líderes se encuentran cotidianamente en contacto.

Con respecto a la Encuesta de Intención de uso del Preservativo, tal vez se trata de un verdadero hallazgo en cuanto al método con que fue aplicada y a los resultados obtenidos.

Con la aplicación del método, un grupo de la población destinataria del Proyecto: adolescentes semi-escolarizados de ambos sexos, se demostró a sí mismo que podían obtener, con su trabajo y con orientación técnica, elementos de autodiagnóstico.

Los resultados de la encuesta, sin duda, son orientadores para la elaboración de futuras estrategias preventivas, en particular para estrategias comunicativas.

5.4.3.1. Evaluación de Impacto: Proyectos elaborados por los Equipos de Salud

Nº	Nombre	Destinatarios	Objetivo	Metodología	Recursos	Acciones	Evaluación
1	Prevención VIH/SIDA	Alumnos de 5to. Año Esc Secundarias	Que los alumnos comprendan el autocuidado: "Si me cuido, puedo cuidar"	Talleres participativos Dramatización de situaciones de riesgo	Existentes Equipo Interdisciplinario Capacitado en Prevención HIV	Encuentros con Centros de Estudiantes p/ sensibilización- Talleres	Cuestionario evaluativo Plenario devolución
2	Centro de Salud Nº2	Programa Vida Programa de Adolescentes P. Alimentario	Prevención Orientación Derivación de la demanda emergente	Charlas Informativas	SUM Centro Nº2 1 A.S., 2 médicos y 1 enfermera	Articulación con Proyectos existentes	
3	Centenario	Equ. De Salud Embarazadas Púberes y Adolescentes Población en General	Que se tome conciencia del riesgo y sus consecuencias en la salud de la enfermedad del SIDA	Talleres Estrategias en medios masivos	Humanos: Eq. Salud, Promot. Comunit., Embarazadas, Púberes, Adolesc Pobl. en gra Materiales: Video Discurso, Afiches,	Reuniones, Talleres, Recepción de Consultas, Difusión radial y Gráfica	Parcial: Cada consulta médica relacionada al objetivo Total: al finalizar el plazo estipulado (4 meses)
4	Batán, Ciudad Prevenida	Población en general, Alumnos de los tres niveles, docentes y padres	Crear Interés y Multiplicarlo	Proyecto a realizarse a través de Red Comunitaria	Humanos: Médico, enferm., A.S., psicólogo, Est. temprana, Administrativa Materiales: T:V color, Video, Folletería, Pizarrón, bolígrafos, movilidad	Espacio en la Radio local, espacio en el diario local, Talleres integrados de padres, alumnos y docentes de los tres niveles	

Nº	Nombre	Destinatarios	Objetivo	Metodología	Recursos	Acciones	Evaluación
5	Multiplicar la Salud	Jóvenes	Capacitar jóvenes para formar agentes multiplicadores para que fomenten conductas preventivas	Entrevistas semanales y Encuestas a grupos de adolescentes del barrio	Materiales: espacio físico, folletería, T.V. Video	Reuniones con Comisión juvenil de Soc.de Fomento, Charlas debate, Talleres y Videos educativos	Análisis de cuestionarios y encuestas dirigidas
6	HIV/SIDA y Embarazo	Embarazadas y sus Cónyuges	Prevención del HIV/SIDA familiar Lograr el autocuidado en rel.sexuales, cambiar actitud negativa frente al HIV, incorporar al Eq.Salud a agentes Comunitarios multiplicadores; integrar al cónyuge en la prevención	Articulación con los Cursos semanales de Psico-Profílaxis del Parto	Disponibles:Hum anos:Eq.de Salud, SUM, material didáctico, actividad lúdica, video, métodos audiovisuales. A disponer: Horas Extras, cursos, becas	Realización de cuatro talleres donde se desarrollen estos contenidos: Qué es el SIDA, vías de transmisión, capacitación en autocuidado, medidas preventivas, Prevención como responsabilidad de la pareja, importancia de la participación comunitaria para éxito de Proyecto y Miedos, Prejuicios y Tabúes	
7	Región Sanitaria VIII	Adolescentes y sus familias de Municipios de la Región Sanitaria VIII	Construir un Programa Preventivo para proporcionar a los Adolescentes Educación Sexual	Desarrollar estrategias de Prevención primaria		Actividades recreativas, videos con discusión grupal, teatro, programas de radio y T.V., gacetillas informativas para dar información sobre reproducción, ETS, SIDA y Métodos Anticonceptivos para los mas jóvenes	Diseño de instrumentos de evaluación que incluya a coordinadores , docentes, adolescentes y familias

8	HIEMI	Taller Participativo dirigido a padres y docentes de la Guardería del Hospital Materno	Replantearse como Institución, qué estamos haciendo como personal de salud en prevención de HIV/SIDA	Investigación Taller Participativo	Humanos: Personal (docentes, padres y equipos) :	Talleres	Inicial Formativa Sumativa
9	Protegiéndonos	Madres adolescentes que concurren al Programa de lactantes de la Sala	Concientizar a la población convocada acerca de los riesgos de las ETS HIV/SIDA e instrumentar estrategias de control desde la cotidianidad				

Conclusiones:

Los Equipos de Salud elaboraron en total nueve Proyectos Preventivos una vez finalizada la capacitación. Los destinatarios de estos Proyectos son en su mayoría adolescentes y jóvenes. También padres, embarazadas. Solo un proyecto del Centro de Salud N°2 focaliza sus propuestas en un Programa, el Vida, de alto impacto por la cantidad de población y derivación y al desarrollo de conductas preventivas. Los objetivos están referidos al autocuidado, la orientación y derivación y al desarrollo de conductas preventivas. La Metodología seleccionada es variada: encuestas, entrevistas, charlas talleres participativos y utilización de la red barrial. Los Recursos requeridos para desarrollar los Proyectos incluyen Videos, afiches, folletería y en todos los casos como recursos humanos, se señalan Equipos Interdisciplinario.

5.4.3.2 Proyectos elaborados por los Líderes Comunitarios

Nº	Nombre	Destinatarios	Objetivo	Metodología	Recursos	Acciones	Evaluación
1	Prevención =Vida	Manzaneras y adolescentes de B° Las Canteras	Informar para lograr Prevención de SIDA	Talleres para Manzaneras y Beneficiarias Talleres para Adolescentes	Físicos: Sede Soc. de Fomento Humanos: Un Profesional que colabore en el tema de Sexualidad Materiales: Folletería, Papet afiche, fibrones, fichas Diarios, revistas, afiches y muchos preservativos Cassetes comúsica de Fito o de Charly	Talleres para Manzaneras Talleres para beneficiarias Talleres para Adolescentes Talleres para Hombres Elaboración de invitaciones Elaboración de afiches Elaboración de un librito	
2	Prevenir es Salud	1000 adolescentes de ambos sexos del Barrio (en especial los que se encuentran en situación de riesgo por falta de contención o abandono)	Informar para Prevenir	Elaboración de Folletería Charlas	Videos Folleto Preservativos	Distribución de Folletería Charla Informativa	

3	Cuidarse es Vida	Prioritariamente, habitantes del Barrio	Difundir las formas de Prevención a toda la Comunidad	a) Talleres de Prevención b) Programa de Radio c) Distribución de Mensajes de Prevención a través de la red barrial	a) Afiches, Folletos, Preservativos, Lápices, Fibras, Una resma de papel, cinta scotch, carpetas, café, azúcar, galletitas, servilletas b) Espacio de Radio	Acopio del Material necesario Contrato del espacio de radio, programación y ejecución de los Programas, Distribución de folletería, calcos, etc.	
4	Para una Vida Mejor	Adolescentes varones de 7mo y 8vo año	Esclarecer dudas y prejuicios en la transmisión del HIV e incorporación del uso correcto del preservativo	Taller para Adolescentes varones			Cualitativa
5	Educando	Mujeres madres de Jóvenes		Reunión tipo Tupper®			Cualitativa
6	Sida + Amor = Comprensión	Población de Batán, Unidad Penal 15, Est. Chapadmalal, Escuelas, Sala 1ros. Auxilios, Delegación	Capacitar a la Comunidad en Prevención HIV para no discriminar portadores	Taller Concurso de logos	Afiches, Folletos, Fibras, hojas, fotocopias	Concurso de Logos Taller	
7	Cuidémonos	Mamás vecinas de nuestro Barrio	Informar, Capacitar, Prevenir	Talleres semanales Consejos radiales	Folletería, Manuales, yerba, azúcar y harina	Talleres Difusión radial de los talleres Difusión radial de consejos preventivos	Indicador: Concurrencia a los grupos y preguntas para evaluar lo que vamos haciendo

8	Esperanza	Las mujeres del barrio	Informar, Concientizar a las mujeres del Barrio, sensibilizar acerca de la enf. para que puedan captar la realidad del problema	Charlas semanales que abarquen las mujeres de dos manzanas por vez	Material Explicativo, Cartulinas, Fibrones, papel afiche, papel vegetal, caramelos, viáticos	Invitaciones personales Dos charlas semanales de dos horas cada una	
9	Para Vivir mas y Mejor	Escuelas: 7mo y 8vo. Manzanas Beneficiarias Público en general	Que la gente tome conciencia del riesgo de HIV Concientizar sobre HIV Prevenir	Reuniones	Revistas, hojas, carteles, cartulinas	Reuniones en la Escuela en horarios de clase Reuniones en el Barrioluego de la entrega de la leche	
10	Barrio LIBERTAD	Adolescentes de ambos sexos del barrio y de otros barrios	Informar sobre la Prevención de HIV/SIDA	Charlas sobre HIV/SIDA Enseñar a usar el preservativo	Folletos Encuestas Papel, lapiceras, fibrones, etc	Grupos de entre 15 y 20 chicos y chicas	Preguntar sobre lo que aprendieron
11	Rompamos las cadenas del Miedo para seguir viviendo	Adolescentes internadas en el Hogar Unzué y en otros Institutos de Menores	Informar sobre el uso del Preservativo Prevención del HIV/SIDA Informar sobre riesgo de contagio	Charlas donde se informe, se pueda hablar mas del contagio a través de las relaciones sexuales y sobre como ayudar a un portador	Folletos, papel afiche, fibrones, encuestas, cinta scotch	Reuniones con grupos de 50 adolescentes aproximadamente Grupo	

12	Móvil Preventivo	Adolescentes de distintos barrios	Concientizar a los habitantes de los barrios donde llegue el móvil y difundir acerca del uso del preservativo	Ir por los distintos barrios con un móvil preventivo y difundir el uso del preservativo	Móvil Preventivo, Preservativos, folletos Encuestas		
----	------------------	-----------------------------------	---	---	---	--	--

Los Proyectos 10, 11 y 12 fueron elaborados por los grupos de adolescentes al terminar su capacitación.

EVALUACION DE PRODUCTO

Corresponde a las actividades de Multiplicación de Líderes Comunitarias del Primer Cuatrimestre

GRILLA DE PROYECTOS DE LIDERES – Cronograma

Barrio	Actividad	Cant	Destinatarios	Lugar	Iniciac.	Hora	Enc.	Respons	Recursos
Las Heras	Difusión	1	Manzaneras de B° Las heras	Soc. Fom. B° Las Heras	7-7-97	9.30 hs	1	Líderes B° Las Heras	Información
Las Canteras	Difusión	1	Manzaneras de B° Martillo y F. Sanchez	Soc. Fom. B° F Sanchez	11-7-97	10 hs.	1	R. Ferrera G. Albacete	Información
Pueyrredón	Difusión	1	Manzaneras de B° Pueyrredon	Domicilio Sra. Lovaiza	14-7-97	9.30 hs.	1	M. Toro I. Carmona	Información
Las Heras	Talleres Manzaneras	2	Manzaneras	Salita B° Las Heras	14-7-97	13.30 hs	3	I. Carmona L. Mena	Folletería
	Talleres Beneficiarias	2	Beneficiarias	Salita B° Las Heras	16-7-97	13.30 hs	3	Lidia Mena	Folleteros- Videos- Preservativos
	Talleres Mamás	2	Mamás	Salita B° Las Heras			3	Carmona- Mena	Papel- Fibrone- Cartulinas
	Talleres Adolescentes	2	Adolescentes	Salita B° Las Heras			3	Carmona-Mena	Folleteros-Videos
	Talleres Mixtos	2	Mixtos	Salita B° Las Heras			3	Carmona Mena	Papelería- Afiches-Folleteros-
Las Canteras	Talleres Adolescentes	1	Adolescentes del Barrio	Sac. Fom. Las Canteras	8-97	13.30 hs	3	Ferreras- Albacete	Folleteros, Invit- Videos
	Talleres Adultos	2	Mujeres Adultas del Barrio	Biblioteca Barrial	17-7-97	13.30 hs	3	Ferreras- Albacete	Cartulina roja, preservativos,
Pueyrredón	Talleres Adultos	3	Mujeres B° Pueyrredón	Centro Capac. Favaloro	16-7-97	13.30 hs	3	Toro-Waisgluss	Papelería-Videos
	Talleres Adolescentes	3	Adolesc. Varones y Mujeres	Centro Capacit. Favaloro	2-8-97	14 hs.	3	Toro-Waisgluss	Papelería- Preservativos

Las Heras	Distribución Mensajes Preventivos	500	Beneficiarias Plan Vida	Distribución Domiciliaria	Julio- Agosto	3	Carina De Vito	Calcos- Folletos
	Distribución Mensajes Preventivos	300	Población del Barrio	Distribución Domiciliaria	Julio- Agosto	3	Amanda	Calcos- Folletos
Las Heras	Programa Radial	16	Población Barrial	F.M. 105.3 Encuentro	Julio- Agosto	8 Progr 8 Progr.	Ibafez- De Vito- Mendoza- Verdún	Material de Difusión Entrevistados

Resumen de los Proyectos de Líderes Comunitarios:

Los Líderes Comunitarios diseñaron en total doce Proyectos, que merecen varias consideraciones:

1.- **Nombre:** Nombrar algo es poner un signo que lo representa. Once de los doce Proyectos fueron nombrados en forma clara y contundente. Las palabras que mas se repiten Prevención, Vida y Cuidado.

2.- Una amplia franja de población es la destinataria de los Proyectos: **manzaneras y beneficiarias, adolescentes y jóvenes, madres adolescentes, adolescentes internadas en hogares para menores, mujeres del barrio, población del Penal de Batán, madres con hijos adolescentes, población en general**

3.- Los **objetivos** determinados se refieren básicamente a **informar, capacitar sensibilizar, concientizar** acerca de Prevención de HIV/SIDA, **enseñar** el uso del preservativo y **prevenir** la discriminación de portadores.

4.- La **metodología** propuesta va desde charlas y talleres, reuniones tipo "tupper" distribución de folletos y preservativos, hasta Programas de Radio y un Móvil Preventivo.

5.- Los **recursos** requeridos para el desarrollo de las actividades son folletería, preservativos, material didáctico, música, videos, resmas de papel, café, yerba, azúcar, galletitas, caramelos.

Valdría también la pena recordar las abias palabras de Piter Piot "Lo más alentador es que los pueblos no necesitan ser ricos para tener éxito en la prevención."

Conclusiones:

Los Proyectos de Multiplicación de los Líderes Comunitarios sorprenden por su variedad, riqueza, pertinencia y viabilidad. Si se efectuara el cálculo de los costos de los recursos de los talleres de multiplicación, se analizara su impacto y se lo comparara con el costo del tratamiento de un solo paciente de SIDA: \$1.000 mensuales, nos sorprenderíamos de la brecha que existe entre prevenir y asistir hoy, como consecuencia del Proyecto de Prevención .

Algunos de estos Proyectos se ejecutaron y fuimos testigos de la idoneidad y responsabilidad con que se desempeñaron los Líderes. Algunas incluso hoy, por su propia iniciativa, continúan trabajando.

De los Proyectos ejecutados se destaca el Programa de Radio. Este Proyecto financiado por GTZ, estuvo a cargo de un grupo de Líderes Comunitarias de Barrio Las Heras. El espacio fue contratado en la F:M: Encuentro, propiedad del Obispado de Mar del Plata, producido y conducido por las Líderes. Durante dos meses, dos veces por semana, se emitieron mensajes preventivos, se difundieron noticias sobre el Proyecto, sobre la marcha de los talleres, se entrevistaron a técnicos y a portadores y, sobre todo, se habló sin eufemismos del preservativo, desde una F:M: católica con buen alcance zonal .

5.4.3.3. Encuesta de Intención de Uso de Preservativo

Como parte de la Capacitación preventiva con los grupos de adolescentes y a demanda de los mismos, se diseñó una encuesta con el propósito inmediato de autodiagnosticar la intención de uso del preservativo de sus pares y con un propósito mediano de retroalimentar el sistema. En definitiva, la encuesta (feliz iniciativa de los adolescentes), enmarcada en una metodología de investigación acción, permitió legitimar los contenidos preventivos de los talleres, su metodología y decisiones a adoptar, a fin de racionalizar acciones y recursos y también de legitimar el liderazgo de los jóvenes capacitados.

Se trató, pues, con la aplicación de la encuesta de una tecnología socialmente apropiada de bajo costo y de alto impacto, que se constituyó en producto de la capacitación susceptible de ser evaluado

.La encuesta, de diseño sencillo y fácil aplicación, fue distribuida entre los jóvenes, con la consigna de ser aplicada en una semana. En ese plazo, se obtuvieron 164 encuestas, cuyos resultados se exponen a continuación.

El análisis es descriptivo, uni bi variado y de correspondencias múltiples.

- **Uni variado: edad y sexo (frecuencias)**
- **Bi variado: tables de cruces**
- **Correspondencias múltiple: con asociación de variables, a fin de determinar tipologías**

FORMULARIO UTILIZADO POR LOS ENCUESTADORES



Programa Municipal
de **SIDA**
Dirección APS Dto. Med. Sanitario
Sec. Calidad de Vida - MGP

GTZ-CE

Compulsas

LIDERES COMUNITARIOS

Encuesta N° _____

Fecha _____

Barrio	Edad	Sexo

1.- ¿ Usás preservativo en tus relaciones sexuales?

Siempre:

A veces:

Nunca:

2.- ¿ Porqué?

3.- ¿ Lo conversás con tu Pareja?

4.- Si tu pareja no quiere usarlo: ¿Qué le decís para convencer?

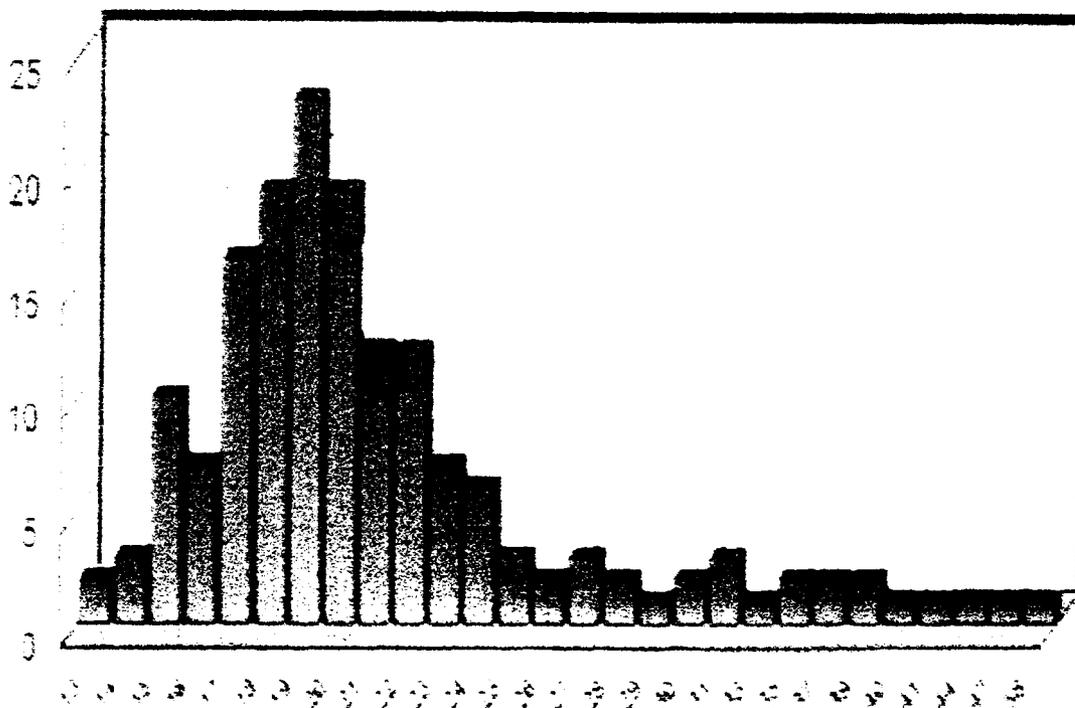
INSTRUCTIVO PARA LOS ENCUESTADORES

- a) Las entrevistas deberán ser individuales y anónimas.
- b) Te sugerimos que completes al menos 10 encuestas.
- c) Deja hablar a quien entrevistes. Vos no opines. Escuchá y escribí. El objetivo de la encuesta es conocer qué pasa con el preservativo.
- d) Escribir en ése momento o después todo lo que puedas de lo que te digan

1.- EDAD

PROYECTO DE PREVENCIÓN HIV GTZ – 1997 MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON

Intención de Uso de Preservativos Distribución por Edad

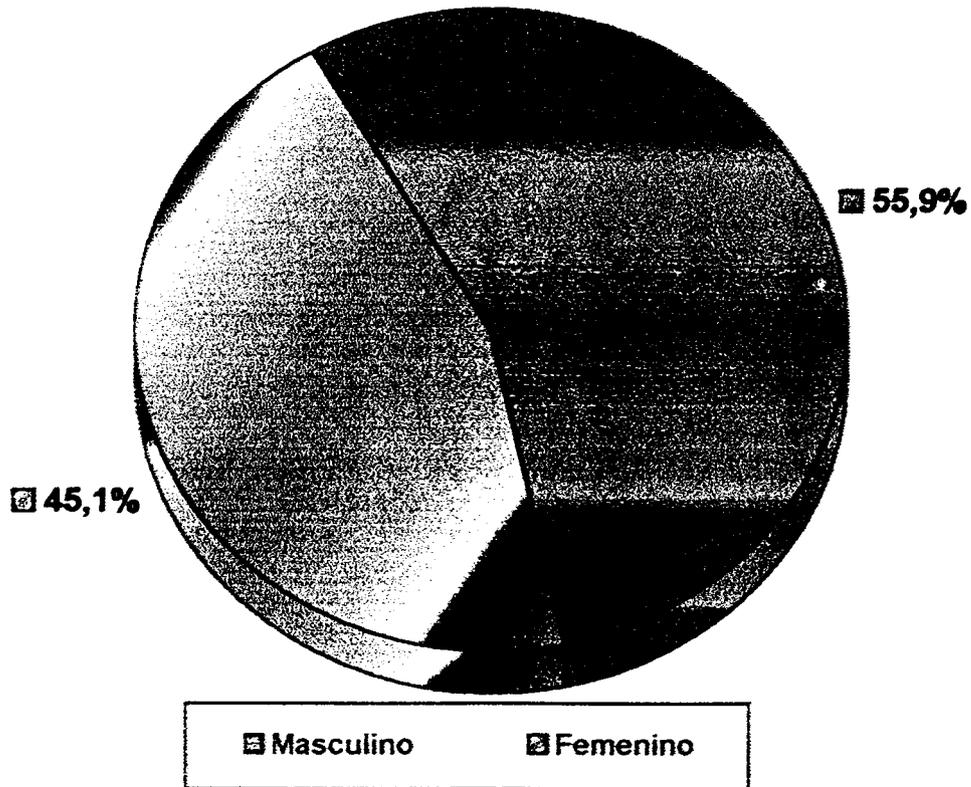


FUENTE: ELABORACION PROPIA

La mayor concentración entre quienes usan preservativo se encuentra entre los 17-21 años. ¿Se trata de una población más informada? ¿Es que en éste grupo se encuentra más incorporado el concepto de riesgo? ¿Se tratará acaso de un grupo que comienza a observar en parientes ó amigos la presencia y los efectos del contagio del HIV?

2.- SEXO

PROYECTO DE PREVENCIÓN HIV
GTZ – 1997
MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON
INTENCIÓN DE USO DE PRESERVATIVOS
DISTRIBUCIÓN POR SEXO



N 162

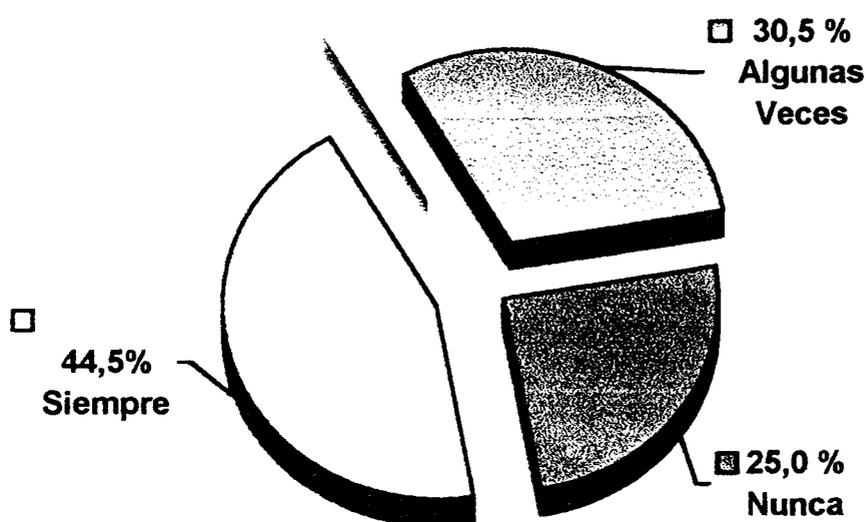
- 2 encuestas sin dato

Fuente: Elaboración Propia

SE OBSERVA UNA DIFERENCIA DE CUATRO PUNTOS A FAVOR DEL GRUPO "MASCULINO".

3.- Uso de Preservativo: SIEMPRE – A VECES – NUNCA

**PROYECTO DE PREVENCION HIV
GTZ – 1997
MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON
INTENCION DE USO DE PRESERVATIVOS
Frecuencia de Uso**



N 164

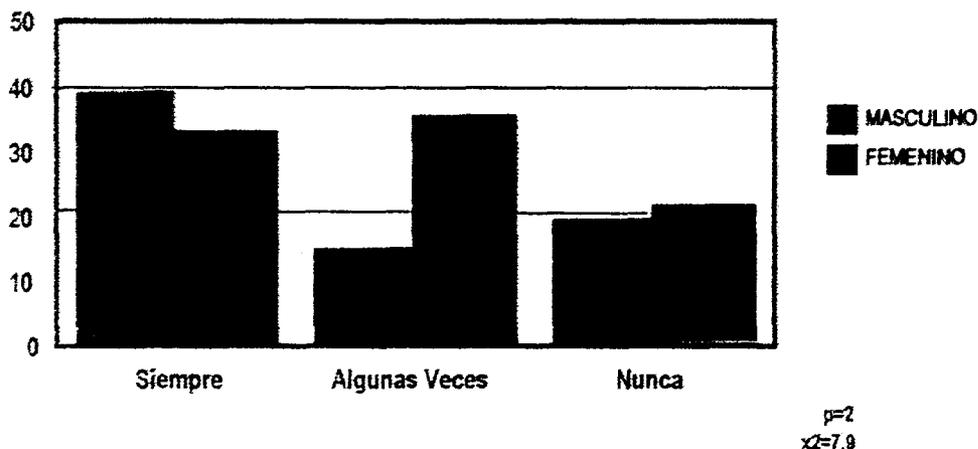
Fuente: Elaboración Propia

Si bien el sector más alto es el correspondiente a “Siempre”, con un 44%, la suma de los otros dos sectores “Algunas Veces” y “Nunca”, agrupados estarían mostrando un preocupante porcentaje del 55,5% de adolescentes en situación de riesgo de contagio por el no uso del preservativo en sus relaciones sexuales, agravado por su situación de semi-escolarizados.

4.- Relación entre Sexo y frecuencia de uso

En función de las respuestas observadas en el punto anterior, se resolvió efectuar el cruce entre la variable Sexo y la variable Siempre, Algunas Veces y Nunca

PROYECTO DE PREVENCIÓN HIV
GTZ - 1997
INTENCION DE USO DE PRESERVATIVOS
Frecuencia de Uso según Sexo



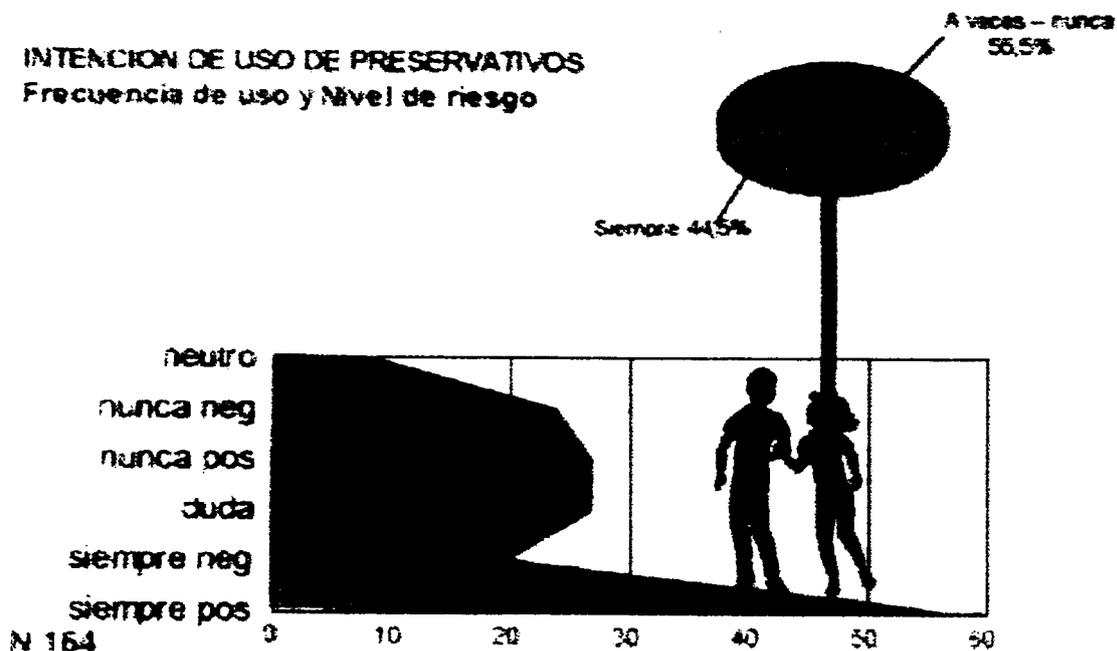
N182
* encuestas sin dato
FUENTE: ELABORACION PROPIA

Existe una mayor proporción de mujeres que "Siempre" usan preservativo. Sin embargo, lo que se destaca en los resultados, es la diferencia significativa estadísticamente entre el "Algunas Veces" de los varones y las mujeres adolescentes, que invita a indagar mas profundamente en el tema.

5.- Relación entre uso del preservativo y positividad, negatividad o neutralidad de las motivaciones explicitadas por los adolescentes consultados

Se analizaron por separado cada una de las categorías, y cada grupo de respuestas: siempre, algunas veces y nunca, fue re-clasificada en positivas, neutras y negativas en función de las motivaciones subjetivas que expresan y luego se las vinculó con el riesgo de contagio.

PROYECTO DE PREVENCION HIV GTZ - 1997 MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON



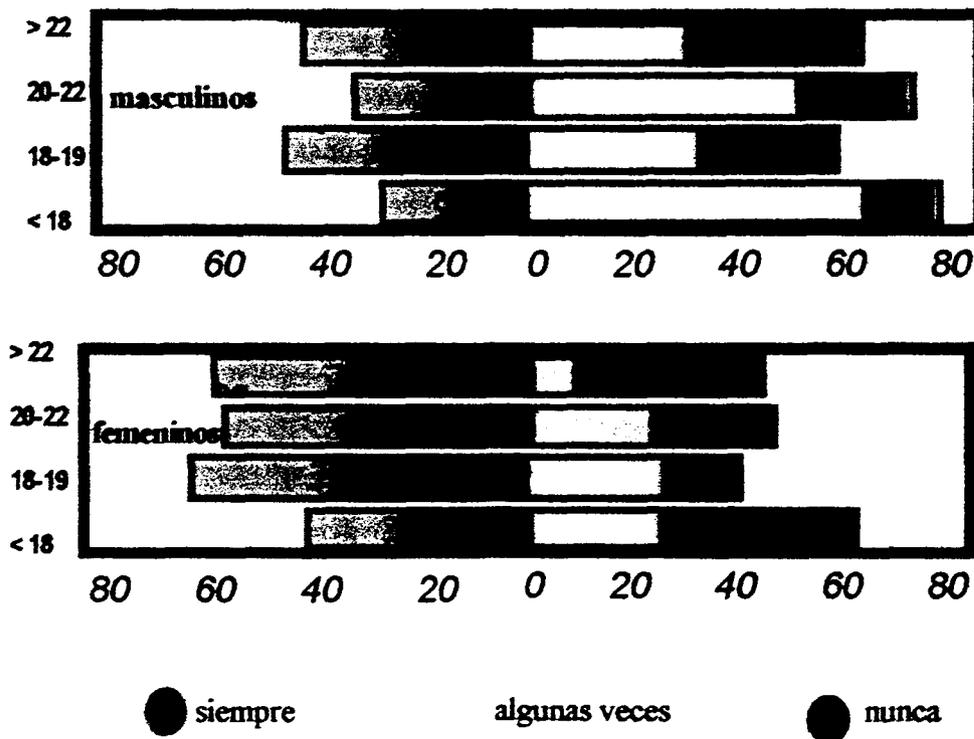
FUENTE: ELABORACION PROPIA

Es evidentemente mucho menor la población adolescente que está protegida por usar "Siempre" el preservativo en función de motivaciones positivas. El resto de los adolescentes bajo estudio constituyen la mayoría amplia (panza en el gráfico) y sus respuestas van desde el "siempre" uso a partir de motivaciones negativas (miedo al embarazo, al contagio de HIV/SIDA y ETS) pasando por los que "nunca" usan por motivaciones positivas (confío en mi pareja) o negativas (es asqueroso, se pierde espontaneidad, es incómodo) hasta llegar a las respuestas neutras caracterizadas por comenzar con la conjunción adversativa "según" (pareja, momento, dinero, etc).

6.- Relación entre uso del preservativo y grupos de edad y por sexo

Se resolvió analizar luego la intención de uso "Siempre, Algunas Veces y Nunca", en varones y mujeres clasificando a los adolescentes por grupos de edad en cuatro categorías.

PROYECTO DE PREVENCIÓN HIV
 GTZ - 1997
 MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON
 Intención de Uso de Preservativos
 frecuencia de uso por grupo de edad según sexo
 Valores Porcentuales

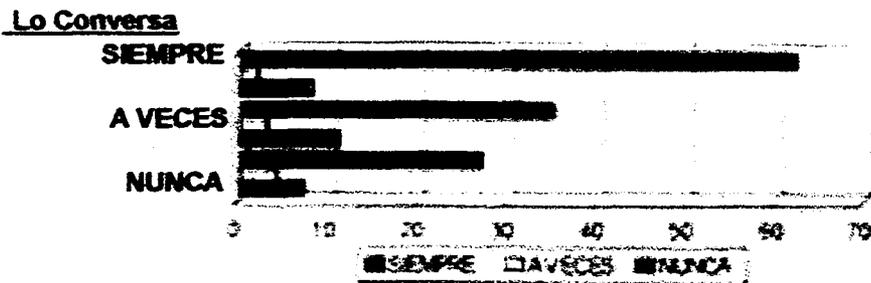
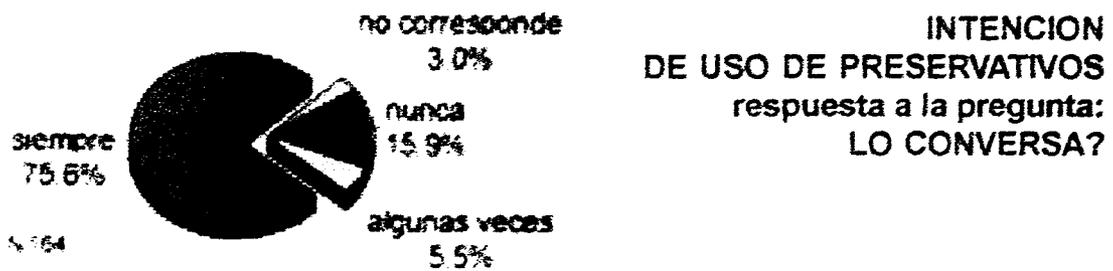


N164
 Fuente: Elaboración Propia

Se observa que quienes se encuentran en mayor riesgo, son los varones y mujeres menores de 18 años. En todos los grupos de edad se observa que las mujeres presentan menor exposición al riesgo, ya que todos los grupos muestran valores más altos en la categoría "siempre uso".

7.- Intención de Uso del Preservativo y su acuerdo/desacuerdo con la pareja.

**PROYECTO DE PREVENCIÓN HIV
GTZ - 1997
MUNICIPALIDAD DE GENERAL PUEYRREDON**



N 159

* 5 casos no corresponde la pregunta

FUENTE: ELABORACION PROPIA

Se observa que el *uso / no uso* del preservativo, es conversado por los adolescentes en un importante 75,6%

8.- Argumentos para convencer a la Pareja

Al efectuar un análisis acerca de las respuestas a "¿Qué le decís para convencerla?", se descartaron las respuestas coincidentes del tipo "los dos estamos de acuerdo en usarlo" o "los dos estamos de acuerdo en no usarlo", para rescatar las respuestas de tipo argumentales que son las que nos estarían informando para la elaboración de estrategias futuras de prevención

- 1.- Pruebas de amor: "Si me querés, usálo"
- 2.- Presión: "Si no, no" o "Es una obligación"
- 3.- Conducta: "Aunque (él/ella) no quiera, lo uso"
- 4.- Persuasión: "Es por el bien de los dos"
- 5.- Persuasión Seductora: "Dale, usálo"
- 6.- Seguridad: "Es para prevenir (el embarazo, las enfermedades, etc.)"

Se efectuó por último un análisis del discurso de los varones a la hora de conversarlo y se lo comparó con el discurso de las mujeres observándose cuestiones sumamente interesantes como pistas para futuras investigaciones:

1.- Las mujeres argumentan para el uso del preservativo en función del riesgo de embarazo; los varones en función del riesgo de enfermedades. Así la representación social parece mostrar que para la población encuestada, el embarazo es cosa de mujeres y las enfermedades sexuales, cosa de hombres.

2.- Las mujeres muestran que son ellas las que mas condicionan la relación al uso del preservativo con un sorprendente (y numeroso) "Si no, que él se quede con las ganas". En ningún caso ni varones ni mujeres, aluden a las "ganas" de las mujeres.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue Evaluar la Eficacia del Proyecto de Prevención de HIV/SIDA/ETS ejecutado en el Municipio de Gral. Pueyrredón durante 1997, financiado por la Unión Europea y Administrado por la Agencia Alemana de Cooperación GTZ.

Los tres ejes seleccionados para evaluar se traman en un tejido cuyos elementos solo es posible distinguirlos a los fines analíticos, ya que en la realidad se implican y retroalimentan uno a otro.

Así, la Evaluación de Resultados al mostrar logros superiores a los esperados, valida la utilización de los Recursos y las Actividades descritas en la Evaluación de Estructura y de Proceso a través del Análisis Administrativo Sistémico del Proyecto.

La Evaluación de Impacto, al mismo tiempo que ratifica la adecuada utilización de Recursos y realización de Actividades, muestra de qué modo la Cobertura alcanzada y la Elaboración de Materiales ha facilitado el diseño y la ejecución (parcial) de los Proyectos de Multiplicación y de la Encuesta de Intención de Uso del Preservativo.

Hay resultados medibles y otros resultados que emergerán, seguramente en futuras acciones de Prevención, ya que creemos que la capacitación recibida, constituirá, al menos, un piso desde el cual anclar para nuevos conocimientos.

Algunos Resultados obtenidos, muestran que se planificaron nueve Talleres de Capacitación y se realizaron once: cuatro destinados a Equipos de Salud (interdisciplinarios e intersectoriales) y siete destinados a Líderes Comunitarios (cuatro para mujeres adultas en edad reproductiva y tres para adolescentes semi-escolarizados.

En total se capacitaron 87 integrantes de Equipos de Salud Municipales (estaba planificado capacitar a 80). Entre Municipales y de otros sectores se capacitaron a 145 profesionales.

En cuanto a los Líderes Comunitarios, estaba planificado capacitar 100 y se capacitaron 127.

En cuanto a la elaboración de materiales, el otro indicador de la Evaluación de Resultado, los Líderes Comunitarios con el apoyo de un Comunicador Social y del Equipo de Capacitación elaboraron y distribuyeron cuatro piezas de comunicación destinadas a acciones de multiplicación: un calco (3.500 unidades), tríptico (1.500 unidades), afiches (200) tarjetas (200). En total 5.400 piezas. Tal vez, lo mas relevante sea que a partir de la construcción participativa de piezas las Líderes adquirieron herramientas elementales para la construcción y decodificación de mensajes preventivos.

En cuanto a los Proyectos de Multiplicación descriptos en la Evaluación de Impacto, se elaboraron en total 21 Proyectos: nueve por parte de los Equipos de Salud y 12 por parte de los Líderes Comunitarios. En total cubren una amplia franja de población. No se ejecutó ninguno de los Proyectos de Multiplicación de los Equipos de Salud.

Los Líderes Comunitarios ejecutaron algunos proyectos planificados y continuaron con distintas acciones no planificadas. De los ejecutados cabe destacar un Programa de Radio contratado, producido y conducido por las Líderes Comunitarias de Barrio Las Heras, con apoyo del equipo de capacitación. Este Programa se desarrolló durante dos meses en la F.M. "Encuentro", del Obispado de Mar del Plata.

Los otros Proyectos de Multiplicación de las Líderes Comunitarias consistieron en distribución de folletería junto con la entrega diaria de alimentos del Plan Vida, talleres tipo " tupper" y talleres en Escuelas Nocturnas para Adultos.

Por último, la Encuesta de Intención de Uso del Preservativo, diseñada y aplicada por los adolescentes semi-escolarizados en el marco de la capacitación, supone un valor agregado al Proyecto, es decir un resultado no esperado, pero que indiscutiblemente configura un valioso elemento de Evaluación de Impacto y se convierte en insumo informativo de alta significación en cuanto al método con que fue elaborado y aplicada y a sus resultados

BIBLIOGRAFIA

1. **Abed, Luis C.**, Indicadores de Nivel de Vida y Salud, índices, tasas, números absolutos y relativos. Análisis de Gráficos, Mim., Córdoba, 1995
2. **Abed, Luis C.**, La enfermedad en la Historia, Una Aproximación Política, Cultural y Socioeconómica, Córdoba, Argentina, 1993
3. **Amuchástegui Herrera, Ana**,
4. **Análisis de las Organizaciones de Salud**, Paltex, O.P.S.Washington 1987
- 5.- **Boletín de SIDA de la R. Argentina**, Min.de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus, del Humano y SIDA, Marzo 1998
5. **Cáceres, C, Reginold A., Watts, D.**, Sexual Cultures and Sexual Health: young people and their current discourse, practice and risks regarding sexuality in Lima, Perú, Presentado en la XI Conferencia de SIDA de Vancouver, Abstract Th.D 440, Julio 11, Vancouver, 1996
6. **Cáceres, C**, The production of knowledge on sexuality in the AIDS era in the developing world. Some opportunities and challenges.
7. **Cahn, Pedro**, La Conspiración de los idiotas, Actualizaciones en SIDA, Vol.4 N°12, pág 63, Bs.As. 1996
8. **Caplan, G**, Aspectos Preventivos en Salud Mental, Psiquiatría, Psicopatología Psicoterapia N°129, Paidós, Buenos Aires, 1995
9. **Carballo, M, Cleland, J, Carael, M y Albrecht, G**, A cross national study of patterns of sexual behavior. The Journal of sex Research 1989
10. **Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ**, Toward an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model. Health Education Quarterly, pág 53-72) NY, 1995
11. **Davis, Gary A.-Scott, Josepf A.**, Estrategias para la Creatividad, Paidós Educador, Buenos Aires, 1989
12. **Decosas, J**, HIV and development XI Conference on Aids, Vancouver, 1996
13. **Dever, Alan, G.E.**, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, O.P.S.- O.M.S., Paltex, 1991
14. Diario Clarín 19 de Marzo de 1995
15. Diario Clarín, 26 de febrero de 1996
16. Diario Clarín, 3 de Diciembre de 1995
17. Diario Clarín, 4 de Febrero de 1996
18. Diario Clarín, pág.41 , 29 de Septiembre de 1997
19. **Dillon, M**, Convivir con el Virus, Página 12, Buenos Aires, diciembre 1997
20. **Directrices para Planificar el Fomento de la Salud en la Prevención y Lucha contra el SIDA**, OPS, Ginebra, 1990
21. **¿ Es la prevención una buena inversión?**, Centers for Disease Control and Prevention, <http://chanane.ucsf.edu/capsweb/spinvesttext.html> 21-8-97
22. **Estadísticas de Prestaciones de Salud**, Secretaría de Calidad de Vida, Municipalidad de General Pueyrredon, Mayo 1997
23. **Evaluación de los Programas de Prevención del VIH/SIDA: Enfrentando el Desafío**, AidsCaptions, Mayo 1997, <http://www.fhi.org/spfrhp/sp/captions/cp119.html>
24. **Frieder, Kurt**, Un Mundo, una Esperanza Actualizaciones en SIDA, Vol 4 N°14, Bs.As. Noviembre 1996
25. **Fuente: Global AIDS Policy Coalition**
26. **Gimeno Balaguer, Eugenio**, Aprendizaje Innovador , Buenos Aires, Min.de Economía y Obras y Servicios Públicos, Buenos Aires, 1995
27. **Gorrochotegui, E, Herrera, J, Quijada, J, Rivero, D.**, Encuesta Sobre el Programa Ampliado de Inmunización en Maracay, Edo. Aragua, Venezuela, 1990
28. **Hermida, Jorge Alfredo-** Ciencia de la Administración, De. Machi, Buenos Aires, 1983
29. **Hermida, Jorge Alfredo**, Desafío Empresario: Habilidades imprescindibles para el éxito de la década del '90, Madrid, 1992
30. **Herskovits, Melville J.**, Antropología Económica, Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
31. **Inchaurraga, Silvia**, El SIDA en la Cultura, Problemáticas de Fin de Siglo, Homo Sapiens Ediciones, CEADS-UNR

32. **Kathleen Henry** AIDSCaptions Mayo 1997, Family Health International ,
URL: <http://www.fhi.org>
33. **Kelmendi de Ustaran, J.** Epidemiología, Eudeba S.E.M., Fundación A. Roemmers, Buenos Aires 1992
34. **Kleczkowski, B.M, Roemer, M, Van der Werff.** Sistemas Nacionales de Salud, Pautas para una Política, O.P.S.- O.M.S., Cuadernos de Salud Pública N°77, Ginebra, 1984
35. **Koontz, O'Donnell,** Curso de Administración Moderna, McGraw-Hill, Bogotá, Colombia, 1982
36. **La Artesanía Intelectual,** Revista Electrónica Casi Nada , N°6 , Barcelona, 1996
37. **La comunicación para el Cambio de Comportamiento:** Un enfoque Coordinado en la Prevención del VIH/SIDA, AIDSCaptions, <http://www.fhi.org/spfrhp/sp/captionss/cp112.html> 1998-03-30
38. **La Microplanificación:** Un método de Planificación Local con Participación Comunitaria, Mim., Cepal, Ecuador, 1993
39. **La Participación de la Comunidad en el Desarrollo de su Salud:** Un desafío para los servicios de salud, O.M.S., Serie Informes Técnicos, Ginebra, 1991
40. **Las Condiciones de Salud en las Américas,** Volumen I y II, O.P.S. - O.M.S., Washington, 1994
41. **Ley 11.506,** Senado y Cámara de Diputados de la Pcia. de Buenos Aires, La Plata, Dic. 1993
42. **Lyons, K et. Al,** An assay is a test: women living with HIV and activists helping researchers to communicate to people with HIV, Vancouver Conference, 1996
43. **Mar del Plata en Cifras,** Secretaría de la Producción, Municipalidad de General Pueyrredon, 1997
44. **Mar del Plata y el Partido de General Pueyrredon en dos hojas,** Dirección de Estadística de la Municipalidad, 1997
45. **Martinez Vivot, J .** La iniciativa Privada y la Salud Pública. Rev. de Jurisprudencia. Bs. As. Setiembre del 1992
46. **Mazzaferro, V.E.,** Medicina en Salud Pública, Edit. Ateneo, 1994
47. **McIntyre, K y otros,** Resistencia entre la juventud de Alto Riesgo, Cámara de Compensación de Wincosin, 1990, <http://babelfish.altavista.digital.com/cgi-bin>
48. **Nájera-Aguilar, P Ramirez-Sanchez, T. y Cantoral-Uriza, L** Cobertura de las Instituciones de Salud en el estado de México. Análisis Comparativo entre la población asegurada y la no asegurada, Salud Pública de México, Enero-Febrero 1995, Vol.37, N°1
49. **Oliva, A, Serra, L., Vallejo, R,** Sexualidad y Contracepción en la Adolescencia, Consejería de Seguridad, Junta de Andalucía y UniverSIDAd de Sevilla, España, 1996
50. Página 12, 3 de Febrero de 1996
51. Página 12, 6 de Enero de 1996
52. **Parker, Richard G.** XI International Conference on AIDS, Vancouver RBSP, Vol 4 N° 13 Setiembre 96
53. **Piot, Peter,** XI Conferencia Internacional sobre el SIDA, Conferencia Inaugural, "Actualización en SIDA, Vol 4 N°14, pág 202, Bs. As., Noviembre 1996
54. **Pool, J. Ch., Laroe, R.M.,** Economista al instante, Nuevo Extremo, Buenos Aires, 1990
55. **Primer Manual de Prevención, Guía para docentes y Promotores de la Salud,** Fundación RED, De. Colihue. Buenos Aires, 1994
56. **¿ Qué necesitan los Adolescentes en la Prevención del VIH ?,** <http://www.epibiostat.ucsf.edu/capsweb/spadoltext.html>, 01-03-98
57. **Revista de la Escuela de Salud Pública,** Ftad. de Cs. Médicas, U.N. de Córdoba, Vol 4, Córdoba, 1994
58. **Revista de la Escuela de Salud Pública,** Ftad. de Cs. Médicas, U.N. de Córdoba, Vol 6, Córdoba, 1995
59. **Revista Juntos N°5,** Asociación Ciudadana AntiSIDA de Málaga, España, Diciembre de 1997
60. **Rojas Breedy, Donas Burak, S,** Adolescencia y Juventud, Aportes para una discusión Costa Rica, Marzo de 1995
61. **Sepúlveda, J., Bronfman, M. y Rico, B.** Estrategias de Prevención y Control del SIDA en México desde sus inicios. Gaceta Médica de México Número Extraordinario, México 1997

62. **Weiss, E Wheland y Geeta, R.G.** Vulnerability and Opportunity. Adolescents and HIV/AIDS in the developing world Findings from the women and Aids Research Program, Washington D.C. Internatinal Center for Research en Woman, 1996
63. **Zacarias, F** "El SIDA en el Mundo, OPS/HCA/96.005 Vigilancia del SIDA en las Américas y Programa Regional de SIDA/ETS. División de Control y Prevención de Enfermedades, OPS/OMS
64. **Abed, Luis C.**, Indicadores de Nivel de Vida y Salud, índices, tasas, números absolutos y relativos. Análisis de Gráficos, Mim., Córdoba, 1995
65. **Abed, Luis C.**, La enfermedad en la Historia, Una Aproximación Política, Cultural y Socioeconómica, Córdoba, Argentina, 1993
66. **Amuchástegui Herrera, Ana,**
67. **Análisis de las Organizaciones de Salud**, Paltex, O.P.S. Washington 1987
- 5.- **Boletín de SIDA de la R. Argentina**, Min.de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus, del Humano y SIDA, Marzo 1998
- MAGM 68. **Cáceres, C, Reginold A., Watts, D.**, Sexual Cultures and Sexual Health: young people and their current discourse, practice and risks regarding sexuality in Lima, Perú, Presentado en la XI Conferencia de SIDA de Vancouver, Abstract Th.D 440, Julio 11, Vancouver, 1996
69. **Cáceres, C**, The production of knowledge on sexuality in the AIDS era in the developing world. Some opportunities and challenges.
70. **Cahn, Pedro**, La Conspiración de los idiotas, Actualizaciones en SIDA, Vol.4 N°12, pág 63, Bs.As. 1996
71. **Caplan, G**, Aspectos Preventivos en Salud Mental, Psiquiatría, Psicopatología Psicoterapia N°129, Paidós, Buenos Aires, 1995
72. **Carballo, M, Cleland, J, Carael, M y Albrecht, G**, A cross national study of patterns of sexual behavior. The Journal of sex Research 1989
73. **Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ**, Toward an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model. Health Education Quarterly, pág 53-72) NY, 1995
74. **Davis, Gary A.-Scott, Josepf A.**, Estrategias para la Creatividad, Paidós Educador, Buenos Aires, 1989
75. **Decosas, J**, HIV and development XI Conference on Aids, Vancouver, 1996
76. **Dever, Alan, G.E.**, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, O.P.S.- O.M.S., Paltex, 1991
77. Diario Clarín 19 de Marzo de 1995
78. Diario Clarín, 26 de febrero de 1996
79. Diario Clarín, 3 de Diciembre de 1995
80. Diario Clarín, 4 de Febrero de 1996
81. Diario Clarín, pág.41 , 29 de Septiembre de 1997
82. **Dillon, M**, Convivir con el Virus, Página 12, Buenos Aires, diciembre 1997
83. **Directrices para Planificar el Fomento de la Salud en la Prevención y Lucha contra el SIDA**, OPS, Ginebra, 1990
84. **¿ Es la prevención una buena inversión?**, Centers for Disease Control and Prevention, <http://chanane.ucsf.edu/capsweb/spinvesttext.html> 21-8-97
85. **Estadísticas de Prestaciones de Salud**, Secretaría de Calidad de Vida, Municipalidad de General Pueyrredon, Mayo 1997
86. **Evaluación de los Programas de Prevención del VIH/SIDA: Enfrentando el Desafío**, Aids captions, Mayo 1997, <http://www.fhi.org/spfrhp/sp/captions/cp119.html>
87. **Frieder, Kurt**, Un Mundo. una Esperanza" Actualizaciones en SIDA, Vol 4 N°14, Bs.As. Noviembre 1996
88. **Fuente: Global AIDS Policy Coalition**
89. **Gimeno Balaguer, Eugenio**, Aprendizaje Innovador , Buenos Aires, Min.de Economía y Obras y Servicios Públicos, Buenos Aires, 1995
90. **Gorrochotegui, E, Herrera, J, Quijada, J, Rivero, D.**, Encuesta Sobre el Programa Ampliado de Inmunización en Maracay, Edo. Aragua, Venezuela, 1990
91. **Hermida, Jorge Alfredo-** Ciencia de la Administración, De. Machi, Buenos Aires, 1983
92. **Hermida, Jorge Alfredo**, Desafío Empresario: Habilidades imprescindibles para el éxito de la década del '90, Madrid, 1992

93. **Herskovits, Melville J.**, Antropología Económica, Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
94. **1nchaurraga, Silvia**, El SIDA en la Cultura, Problemáticas de Fin de Siglo, Homo Sapiens Ediciones, CEADS-UNR
95. **Kathleen Henry** AIDSCaptions Mayo 1997, Family Health International , URL.<http://www.fhi.org>
96. **Kelmendí de Ustaran, J.**, Epidemiología, Eudeba S.E.M., Fundacion A.Roemmers, Buenos Aires 1992
97. **Kleczkowski, B.M, Roemer, M, Van der Werff**, Sistemas Nacionales de Salud, Pautas para una Política, O.P.S.- O.M.S., Cuadernos de Salud Pública N°77, Ginebra, 1984
98. **Koontz, O'Donnell**, Curso de Administración Moderna, McGraw-Hill, Bogotá, Colombia, 1982
99. **La Artesanía Intelectual**, Revista Electrónica Casi Nada , N°6 , Barcelona, 1996
100. **La comunicación para el Cambio de Comportamiento: Un enfoque Coordinado en la Prevención del VIH/SIDA**, AIDSCaptions, <http://www.fhi.org/spfrhp/sp/captions/cp112.html> 1998-03-30
101. **La Microplanificación: Un método de Planificación Local con Participación Comunitaria**, Mim., Cepal, Ecuador, 1993
102. **La Participación de la Comunidad en el Desarrollo de su Salud: Un desafío para los servicios de salud**, O.M.S., Serie Informes Técnicos, Ginebra, 1991
103. **Las Condiciones de Salud en las Américas**, Volumen I y II, O.P.S. - O.M.S., Washington, 1994
104. **Ley 11.506**, Senado y Cámara de Diputados de la Pcia. de Buenos Aires, La Plata, Dic. 1993
105. **Lyons, K et. Al**, An assay is a test: women living with HIV and activists helping researchers to communicate to people with HIV, Vancouver Conference, 1996
106. **Mar del Plata en Cifras**, Secretaría de la Producción, Municipalidad de General Pueyrredon, 1997
107. **Mar del Plata y el Partido de General Pueyrredon en dos hojas**, Dirección de Estadística de la Municipalidad, 1997
108. **Martinez Vivot, J.** La iniciativa Privada y la Salud Pública. Rev. de Jurisprudencia. Bs. As. Setiembre del 1992
109. **Mazzaferro, V.E.**, Medicina en Salud Pública. Edit. Ateneo, 1994
110. **McIntyre, K y otros**, Resistencia entre la juventud de Alto Riesgo, Cámara de Compensación de Wincosin, 1990, <http://babelfish.altavista.digital.com/cgi-bin>
111. **Nájera-Aguilar, P Ramirez-Sanchez, T. y Cantoral-Uriza, L** Cobertura de las Instituciones de Salud en el estado de México. Análisis Comparativo entre la población asegurada y la no asegurada, Salud Pública de México, Enero-Febrero 1995, Vol.37, N°1
112. **Oliva, A, Serra, L., Vallejo, R**, Sexualidad y Contracepción en la Adolescencia, Consejería de Seguridad, Junta de Andalucía y UniverSIDAd de Sevilla, España, 1996
113. Página 12, 3 de Febrero de 1996
114. Página 12, 6 de Enero de 1996
115. **Parker, Richard G.** XI International Conference on AIDS, Vancouver RBSP, Vol 4 N° 13 Setiembre 96
116. **Piot, Peter**, XI Conferencia Internaciounal sobre el SIDA, Conferencia Inaugural, "Actualización en SIDA, Vol 4 N°14, pág 202. Bs. As., Noviembre 1996
117. **Pool, J. Ch., Laroe, R.M.**, Economista al instante, Nuevo Extremo, Buenos Aires, 1990
118. **Primer Manual de Prevención, Guía para docentes y Promotores de la Salud**, Fundación RED, De. Colihue. Buenos Aires, 1994
119. **¿ Qué necesitan los Adolescentes en la Prevención del VIH ?**, <http://www.epibiostat.ucsf.edu/capsweb/spadotext.html>, 01-03-98
120. **Revista de la Escuela de Salud Pública**, Ftad. de Cs. Médicas, U.N. de Córdoba, Vol 4, Córdoba, 1994
121. **Revista de la Escuela de Salud Pública**, Ftad. de Cs. Médicas, U.N. de Córdoba, Vol 6, Córdoba, 1995
122. **Revista Juntos N°5**, Asociación Ciudadana AntiSIDA de Málaga, España, Diciembre de 1997

123. **Rojas Breedy, Donas Burak, S,** Adolescencia y Juventud, Aportes para una discusión Costa Rica, Marzo de 1995
124. **Sepúlveda, J., Bronfman, M. y Rico, B.** Estrategias de Prevención y Control del SIDA en México desde sus inicios. Gaceta Médica de México Número Extraordinario, México 1997
125. **Weiss, E Wheland y Geeta, R.G.** Vulnerability and Opportunity. Adolescents and HIV/AIDS in the developing world Findings from the women and Aids Research Program, Washington D.C. Internatinal Center for Research en Woman, 1996
126. **Zacarias, F** "El SIDA en el Mundo, OPS/HCA/96.005 Vigilancia del SIDA en las Américas y Programa Regional de SIDA/ETS. División de Control y Prevención de Enfermedades, OPS/OMS

A N E X O S

Proyectos B & C Consultores, Paraguay 1353, 1º B, telefax 54 1 812-0466

COOPERACION TECNICA ARGENTINO-ALEMANA

**MINISTERIO DE SALUD DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

CE/GTZ

***PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ETS/HIV/SIDA***

Taller de Planificación ZOPP
(Lisandro Olmos, 3 al 6 de julio de 1996)

I N F O R M E
de los Moderadores

**Eduardo BERMÚDEZ
Silvia CASIRÓ
Cristina LOURO**

I. ANTECEDENTES

La Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) ejecuta un Proyecto de apoyo al Programa Provincial de Prevención de SIDA de la Provincia de Buenos Aires. El mismo se desarrolla en el marco de los acuerdos de Cooperación Bilateral entre la República Argentina y la República Federal de Alemania y recibe apoyo de la Comunidad Europea en base al Programa de Prevención de ETS/HIV/SIDA auspiciado por ésta en varios países de América Latina.

El Proyecto CE-GTZ se desarrollará en 11 municipios correspondientes a 4 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, de común acuerdo con el Ministerio de Salud de esa Provincia que participa constituyendo la contraparte nacional del mismo.

Se orientará a actividades y acciones preventivas de las ETS y del SIDA, mediante la capacitación de multiplicadores que concientizarán a la población meta respecto de la necesidad de cambios actitudinales que permitan prevenir dichas enfermedades.

Este Proyecto de Cooperación entre CE-GTZ y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA) coexistirá con el Programa de Prevención de SIDA de la Provincia de Buenos Aires. Lo apoyará en su etapa de consolidación y promoverá su mayor desarrollo. Será, por lo tanto, indispensable una buena coordinación y articulación entre ambos.

El Proyecto CE-GTZ-MSPBA tiene prevista una duración de 24 meses, desde abril de 1996 hasta marzo de 1998.

Para planificar su desarrollo, se decidió la realización de un Taller de Planificación utilizando el Método ZOPP. El mismo es un método de planificación de proyectos participativo, orientado a objetivos. Su desarrollo requiere el cumplimiento sucesivo de pasos predeterminados que se documentan permanentemente. Las propuestas de los participantes se visualizan y se someten a discusión a través de tarjetas.

El Taller se llevó a cabo en el establecimiento religioso "Ceferino Namuncurá" de la localidad de Lisandro Olmos de la Provincia de Buenos Aires, en las cercanías de la ciudad de La Plata, entre el 3 y el 6 de julio de 1996.

Debido a que el Proyecto debía iniciar sus actividades y a que la contraparte nacional estaba suficientemente identificada, correspondía la realización del Taller ZOPP identificado con el N° IV.

II. CARACTERÍSTICAS DEL TALLER DE PLANIFICACIÓN

1. Particularidades de un ZOPP IV

El ZOPP IV, denominado también "ZOPP de Arranque", se realiza en el momento previo al inicio de las actividades de un Proyecto.

En el mismo participan representantes de las diferentes entidades que participarán de su ejecución y pueden ser invitadas algunas personas o instituciones que se consideran pueden aportar elementos valiosos para la planificación de las acciones.

En el taller ZOPP IV el Proyecto toma forma concreta. En él se diseña su estrategia de intervención en las situaciones de la realidad que intentarán modificarse con el Proyecto. Se analizan diferentes aspectos de la problemática que el Proyecto intentará resolver, se visualizan posibles soluciones para la misma, se diseña el Proyecto necesario y posible para alcanzar algunas de las soluciones analizadas y se elabora una Matriz de Planificación que contiene un programa de actividades con indicadores que permiten evaluar su marcha y verificar el cumplimiento de los objetivos previstos.

La Matriz de Planificación de un ZOPP IV incluye los Objetivos, los Resultados las Actividades, los Indicadores y los Supuestos externos del Proyecto. Dicha Matriz sirve de base para la elaboración de un Plan Operativo, destinado a organizar y coordinar la ejecución de las tareas convenidas.

2. Características del Taller realizado.

El ZOPP se realizó, como dijimos, en un establecimiento religioso. En él, los participantes convivieron durante todo el desarrollo del Taller.

El lugar elegido fue perfectamente adecuado para las necesidades del Taller. Contaba con excelente salón de reuniones para el plenario y con varias salas más pequeñas para el desarrollo del trabajo en grupos.

El Taller se inauguró el día miércoles 3 de julio por la tarde. La ceremonia de inauguración, fue presidida por el Director del Programa Provincial de Prevención de ETS/HIV/SIDA, Dr. Remo SALVE. También habló por la GTZ el Lic. Carlos RAMÍREZ.

Posteriormente, los moderadores explicaron las características y la lógica del Método ZOPP. La jornada finalizó con la presentación de todos los

participantes, quienes brevemente indicaron sus expectativas respecto de los resultados del Taller.

A partir del día siguiente, se desarrollaron sucesivamente los diferentes pasos del Método ZOPP. Se realizó el Análisis de la Participación o de los Involucrados, se identificaron y analizaron los Problemas más importantes, se definió el Problema Central y se elaboraron los Árboles de Problemas y de Objetivos.

Se realizó un rápido análisis de Alternativas, determinando posibles Líneas de Trabajo para el Proyecto. Se construyó la Matriz de Planificación (MPP) definiendo para ello el Objetivo del Proyecto, el Objetivo Superior del mismo, los Resultados a ser alcanzados y las Actividades que habrá que desarrollar para llegar a cada Resultado.

Se discutió la existencia de posibles Supuestos Importantes, señalándose algunos y se definieron también los Indicadores Verificables Objetivamente (IVO), que se consideraron adecuados para el seguimiento de cada Resultado. Para cada uno de ellos se definieron sus correspondientes Fuentes de Verificación (F de V).

Finalmente, el último día de trabajo, se designó una Comisión para la elaboración del Plan Operativo. Esta Comisión se reunió el día martes 16 de julio de 1996 en dependencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, realizando la actividad prevista.

3. Los Participantes.

Los participantes de un Taller ZOPP componen el grupo de planificación de un Proyecto. A pesar de provenir de distintas entidades y de que muchas veces no se conocen entre ellos, van conformando -durante el desarrollo del Taller- un equipo de planificación capaz de diseñar un proyecto.

El proyecto diseñado será el resultado del funcionamiento de los participantes en su conjunto como equipo de trabajo, de sus esfuerzos individuales y colectivos y de los acuerdos que logren establecer.

Del Taller que nos ocupa participaron 32 personas, casi todas de manera permanente.

Como se puede apreciar en el Listado de Participantes que se incluye en el Anexo, los mismos representaban al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a los Municipios participantes en el Proyecto, a Organizaciones No Gubernamentales seleccionadas e invitadas, al Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires y a la Universidad Nacional de

La Matanza; asistió asimismo un representante del Proyecto de Prevención de SIDA del BIRF con el Ministerio de Salud de la Nación.

Es importante destacar la participación durante las cuatro jornadas que duró el Taller, del Sr. Director del Programa de Prevención ETS/SIDA de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Remo SALVE. Asimismo se contó durante el último día, con la presencia del representante de la Delegación de la Comisión Europea en la República Argentina, Sr. Massimo SCALORBI.

Cabe señalar que el Taller fue brevemente interrumpido durante la mañana del último día para recibir la visita del Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. MUSSI.

La heterogeneidad del grupo de participantes influyó en el ritmo inicial del desarrollo del Taller. Sin embargo, a lo largo de las jornadas de trabajo y con el esfuerzo de todos, se fue superando esta dificultad. Esto permitió recuperar el tiempo perdido inicialmente y cumplir con el cronograma previsto.

4. La Participación.

El nivel de participación alcanzado fue muy bueno. En general los participantes del Taller defendieron con fuerza y convicción sus puntos de vista pero fueron capaces de mantener un clima respeto mutuo que favoreció las posibilidades de la planificación y permitió avanzar en el diseño del Proyecto.

A pesar de que hubo debates fuertes y frontales sobre algunos puntos, se mantuvo en todo momento una atmósfera de colaboración con el grupo para lograr de común acuerdo las definiciones que el Proyecto necesitaba.

La permanencia de casi todos los integrantes del taller durante la duración completa del mismo favoreció la paulatina conformación de un equipo de planificación capaz de definir, en esta instancia, las características o trazos más importantes del Proyecto y capaz de integrar, en el futuro, los equipos que éste necesitará para la definición de los detalles necesarios para su ejecución y para su seguimiento y permanente evaluación.

Un elemento que conspiró contra una participación más amplia y generalizada fue la corta duración de algunos debates. Debido a la necesidad de desarrollar todos los pasos del Método ZOPP en tres jornadas, los moderadores tuvieron en muchos momentos que limitar o suspender algunas discusiones para contar con el tiempo suficiente para garantizar el cumplimiento de los pasos previstos. Sobre todo porque los últimos pasos del método tienen una importancia decisiva para el futuro desarrollo del Proyecto y de ello no siempre pueden tomar conciencia los participantes.

Con algunas excepciones puede decirse que el nivel de participación alcanzado fue muy bueno. Si bien comenzó focalizándose en 5 ó 6 personas, se fue generalizando con el transcurso del taller. Algunas personas, que no intervinieron asiduamente en las reuniones plenarias, tuvieron ocasión de hacerlo en los grupos de trabajo.

Se trabajó con bastante frecuencia en grupos, lo cual favoreció la participación de aquellas personas que, por su personalidad o carácter, no intervienen muy activamente cuando tienen que hablar en público y requieren de un ámbito más privado que facilite su participación.

La concentración mantenida por el grupo, especialmente durante la última jornada permitió que, sin que se afectara demasiado la participación, se pudieran cumplir los pasos previstos y alcanzar los objetivos que la conducción del Proyecto se había propuesto para este taller de trabajo.

III. EL DESARROLLO DEL SEMINARIO-TALLER DE PLANIFICACIÓN

1. La Inauguración

El Seminario-Taller comenzó a desarrollarse el miércoles 3 de julio por la noche, cuando los participantes arribaron al Convento Ceferino Namuncurá de la Localidad de Lisandro Olmos, en las cercanías de la Ciudad de La Plata.

La inauguración estuvo a cargo del Sr. Director del Programa de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Remo SALVE. Explicó brevemente el motivo de la reunión; destacó las características más importantes del Programa que dirige y señaló los esfuerzos del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, especialmente, del Sr. Ministro de Salud, en procura del desarrollo de la medicina preventiva y de ese Programa en particular. Explicó además, la manera en que se relacionan el Programa por él dirigido con el Proyecto de Cooperación Técnica que la Comunidad Europea y la GTZ han decidido implementar en once Municipios de la Provincia de Buenos Aires.

Posteriormente le fue cedida la palabra al Coordinador del Proyecto de Cooperación Técnica CE-GTZ, Lic. Carlos RAMÍREZ. Este se refirió en primer lugar a las características de su misión y a las particularidades del Proyecto que debe coordinar. Explicó que este Proyecto se diferencia de los Proyectos de Cooperación Técnica que habitualmente ejecuta la GTZ, ya que en este caso el financiamiento no proviene del Ministerio de Cooperación Económica de la República Federal de Alemania (BMZ), sino de la Comunidad Europea. Destacó asimismo la oportunidad que se les presentaba a los presentes para planificar participativamente un Proyecto que pudiera ser realmente útil para todos.

Por último, los moderadores explicaron la forma de trabajo que se adoptaría a partir de la mañana siguiente y las principales características del Método ZOPP.

Los participantes se fueron presentando, uno por uno ante el Plenario, explicando quién era cada uno, la entidad que representaba en el Taller y la función o el cargo en el que se desempeñaba. También se les pidió que explicasen al Plenario cuales eran, en ese momento, sus expectativas respecto al desarrollo y los resultados que esperaban obtener del Taller, tomando en cuenta que en él estaban representadas todas las partes que conformarían el proyecto.

Se convinieron los horarios de trabajo y algunas normas que se debían respetar en función del lugar en el que se estaba y de otros grupos con los que se debería convivir.

2. Desarrollo de la Primera Parte del Método ZOPP: Fase Analítica

Paso 1: Análisis de la Participación (los Involucrados)

El Análisis de la Participación es el primer paso del Método ZOPP. En él, el Equipo de Planificación que conforman los participantes del Taller, procede a identificar las entidades, organismos, instituciones, grupos o inclusive personas (cuando su influencia es relevante para el Proyecto) que se relacionan con el mismo directa o indirectamente, ya sea de manera positiva o negativa, es decir para favorecerlo o para obstruirlo.

En ocasión de un ZOPP IV, como el que nos ocupa, no se trata de imaginar sólo aquellas entidades o grupos que de acuerdo a lo que es previsible van a estar en contacto con el Proyecto durante su desarrollo futuro para apoyarlo o facilitar su desarrollo. Los participantes deben hacer también un esfuerzo por incorporar al análisis a aquellos grupos o instituciones que el Proyecto deberá tomar en cuenta como posibles obstáculos a vencer, o entidades a ser neutralizadas mediante sus acciones.

Para identificar y definir a los Involucrados la tarea se dividió en dos partes. En primer lugar, los participantes trabajaron divididos en grupos para identificar a los involucrados (colocando de a uno por tarjeta). Posteriormente, en plenario, los clasificaron en categorías de acuerdo al rol que se supone cumplirá cada una de esas entidades en el Proyecto.

Se conformaron cuatro grupos de trabajo, elegidos al azar y evitando que personas provenientes de los mismos organismos estuvieran juntas. Esto le dio a cada grupo mayor variedad y riqueza, ya que sus integrantes aportaban diferentes puntos de vista.

Los involucrados identificados en cada grupo podían repetirse, ya que los grupos no tuvieron contacto entre sí durante el trabajo. Esto efectivamente ocurrió por lo que en plenario fue necesario eliminar las tarjetas que estuvieran repetidas o discutir el nivel de desagregación necesario cuando una entidad propuesta por uno de los grupos aparecía desagregada en sus diferentes áreas de acuerdo a la propuesta de otro grupo.

Después del trabajo desarrollado por los grupos y de la discusión realizada en el plenario, fueron definidos 76 organismos, entidades o grupos de involucrados con el Proyecto. Fueron clasificados en seis categorías en función del papel que, según se presumía en ese momento, cumplirá cada uno en el desarrollo del Proyecto.

Los involucrados fueron clasificados en las siguientes categorías (ver listado de involucrados en el Anexo "Documentos del Proyecto") :

Coordinación (2 grupos de involucrados): se refiere a las entidades que conducirán el Proyecto. Integran esta categoría la GTZ, representada por el Coordinador del Proyecto, Lic. Carlos RAMÍREZ y el Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA cuyo director, el Dr. Remo SALVE, deberá cuidar que las actividades del Proyecto se articulen con el Programa que dirige de manera tal que ayuden a su fortalecimiento.

Ejecutores (16 grupos de involucrados): son aquellas entidades, dependencias u organismos que se prevé deberán ejecutar las diferentes actividades del Proyecto. Lo variado del listado da una idea de que se piensan utilizar diferentes métodos para canalizar acciones que promuevan cambios actitudinales apelando para ello a una variedad muy grande de instituciones.

Beneficiarios (11 grupos de involucrados): son los que serán beneficiados por los resultados del Proyecto. Esto es, los grupos meta del mismo, aquella población o aquellos grupos identificados como a los que se dirige el Proyecto, directamente o como consecuencia de alguna de sus acciones. Se mencionan en el listado desde colectivos muy generales, como "población en general" (lo que quiere decir que se piensa que, en última instancia, el Proyecto será beneficioso para toda la población), hasta beneficiarios indirectos del proyecto a través de la capacitación extracurricular que recibirá, como los "trabajadores sexuales".

Grupos de Apoyo (39 grupos involucrados): ésta fue la categoría más numerosa. Se incluyeron en ella a todos aquellos grupos a los que el Proyecto puede llegar a recurrir en algún momento de su desarrollo.

Organismos de Aprobación (5 grupos incluidos): son aquéllos que se consideró que seguramente deberán aprobar algunas de las actividades previstas por el Proyecto para que éste pueda desarrollarse de manera integral y sin obstáculos que dificulten su llegada a la población meta.

Perjudicados u Opositores (solamente 2 involucrados): en realidad, se identificó sólo un opositor potencial, la "Dirigencia" de la Iglesia Católica. La otra mención que se realizó no identifica a ninguna entidad u organismo concreto. Sólo advierte que habría "grupos disidentes" con el Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA, que el Proyecto deberá, entonces, identificar e intentar neutralizar para poder trabajar con éxito.

Paso 2: Análisis de los Problemas

Este es el segundo paso del Método ZOPP. En él se analizan los problemas que deberá resolver el Proyecto. Los mismos son tratados como estados existentes negativos y no como problemas posibles, potenciales o futuros.

Se identifican los diferentes problemas volcándose cada uno en una tarjeta. Se identifica el Problema Central o Problema Núcleo (que no es el problema más importante sino aquél que está en el centro de la problemática estudiada) y se distribuyen el resto de los problemas por encima o por debajo del Problema Central según se considere que forman parte de las causas que lo provocan, o que son efectos del mismo.

Posteriormente se establecen relaciones de causa y efecto entre todos los problemas identificados construyendo cadenas de causa-efecto que se van organizando en lo que se denomina el "Árbol de Problemas".

El desarrollo de este paso en el Taller que estamos relatando fue muy trabajoso. Se identificaron dos tipos de problemas: a) los que integran la problemática que el Proyecto intentará resolver al ser ejecutado y b) los que pueden convertirse en obstáculos para el desarrollo del Proyecto.

En primera instancia, trabajando en plenario, el grupo enumeró los problemas que en ese momento se plantearon como los más importantes para cada uno.

Luego, divididos en grupos de trabajo, se definieron el resto de los problemas. Se volcaron en tarjetas y se discutieron en plenario. Se trataron las tarjetas con los problemas propuestos por todos los grupos y al cabo de esa discusión plenaria se contó con la cantidad definitiva de problemas.

La cantidad total de Problemas incorporados al análisis fue de 47. La discusión para la elaboración del Árbol de Problemas fue muy prolongada. Se mantuvieron posiciones encontradas durante mucho tiempo, por lo que costó más de lo esperado la definición del "Problema Central" o "Problema Núcleo".

Se decidió que no todos los problemas definidos podían ser incorporados al "Árbol de Problemas". Unos eran reiterativos o redundantes, otros podían considerarse comprendidos en los que se incluyeron en el Árbol, ya sea porque decían algo similar de otra manera, o porque eran desagregaciones de los anteriores.

Finalmente, sólo 24 Problemas fueron incluidos en el Árbol. Los 23 restantes, de todas maneras, fueron rescatados en este Informe y se incluyen en el Anexo "Análisis de Problemas".

El Problema Central se definió como “**Desarrollo insuficiente del Programa Provincial de Prevención**”. Al mismo se le encontraron 7 causas directas y otras 7 indirectas. Otros 9 Problemas fueron considerados sus efectos: 3 directos y 6 indirectos (ver Anexo “Árbol de Problemas”).

Paso 3: Análisis de los Objetivos

El tercer paso del Método ZOPP es simple de realizar. Se trata de un ejercicio casi mecánico. Sin embargo, es un paso de mucha importancia para el futuro diseño del Proyecto. En él, las situaciones señaladas en el “Árbol de Problemas” como estados existentes negativos se redactan en positivo, describiendo una situación ficticia que imagina los problemas definidos como si ya hubieran sido solucionados.

Se reemplazan los problemas que integran el “Árbol de Problemas” por sus posibles soluciones, que se denominan objetivos. Se construye entonces, como un espejo del anterior, un “Árbol de Objetivos”.

Este tiene, sin embargo, características que lo diferencian del “Árbol de Problemas”.

En primer lugar, en el “Árbol de Objetivos” no hay un “Objetivo Central” (como el “Problema Central” desde el cual se construye el “Árbol de Problemas”). En él todos los objetivos tienen la misma importancia, sin interesar en que lugar del árbol queden ubicados.

En segundo lugar, no siempre un problema puede o debe convertirse en un objetivo. Puede pasar que, al efectuarse la traducción de una situación existente negativa a una situación positiva que describa como lograda su posible solución, ésta se deba resolver por más de un objetivo. Puede pasar también que un determinado problema no tenga solución posible dentro del alcance del proyecto. Puede encontrarse, por último, una situación en la que varios problemas puedan ser superados por una sola solución o alcanzando sólo un objetivo.

En tercer lugar, en el “Árbol de Objetivos”, las relaciones entre los mismos ya no son de “causa-efecto” como lo eran en el “Árbol de Problemas”, sino que se convierten en relaciones de “medios” para alcanzar “fines”.

El Problema Central fue traducido en objetivo de la siguiente manera: “Hay un desarrollo adecuado del Programa Provincial de Prevención” y a partir de allí todos los problemas fueron reemplazados por situaciones positivas que señalaban objetivos redactados como si ya se hubiesen logrado. Se conformó así el “Árbol de Objetivos”. Para realizar este trabajo, los participantes se dividieron en 4 grupos similares a los que habían trabajado en el Análisis de los Involucrados. Dos de los grupos trabajaron en el Árbol de Objetivos, uno

de ellos traduciendo las causas del Arbol de Problemas y el otro, dedicándose a los efectos. Otros dos grupos se ocuparon de los Problemas que no habían sido incluidos en el Arbol y los transformaron en Objetivos, que también en este caso se mantuvieron aparte (ver Anexo "Análisis de los Objetivos").

Paso 4: Análisis de las Alternativas

Una vez finalizado el Arbol de Objetivos, el plenario puede analizar cuáles de ellos deberían o podrían ser asumidos por el Proyecto como propios.

Revisando el Arbol de Objetivos se pueden identificar posibles líneas de trabajo del Proyecto. Siguiendo las cadenas de "medios para alcanzar fines" puede fijarse la estrategia de un Proyecto.

El Análisis de las Alternativas se realiza entonces, sobre el Arbol de Objetivos. En él, el plenario define los temas de los que el Proyecto se va a ocupar. Al llegar a este punto del análisis, hubo varias propuestas que se discutieron en plenario hasta que los participantes se pusieron de acuerdo en desarrollar 6 líneas de trabajo, que definen el perfil del Proyecto.

Las líneas de trabajo consensuadas fueron las siguientes:

- * Organización de la estructura del Programa Provincial
- * Organización de la red de operadores
- * Capacitación
- * Mecanismos de evaluación, supervisión y control
- * Mercadeo social
- * Comunicación social

3. Desarrollo de la Segunda Parte del Método ZOPP:

Fase de Planificación: Elaboración de la Matriz de Planificación del Proyecto (MPP)

Una vez finalizada la Fase Analítica con el estudio de las posibles alternativas y la definición de las líneas de trabajo, se comienza a definir el Proyecto mismo. Para ello, se construye la MPP que contiene los elementos más importantes del Proyecto.

La MPP resume, en una planilla, el Objetivo del Proyecto, el Objetivo Superior (al cual el objetivo del proyecto contribuirá una vez alcanzado), los Resultados o Productos que el Proyecto deberá lograr para alcanzar su Objetivo y las Actividades de cada Resultado.

Contiene también los Supuestos Importantes: aquellos hechos externos al Proyecto y a su control, pero que deben suceder para que el mismo pueda alcanzar el éxito esperado. Los Indicadores Verificables Objetivamente (IVO), que permiten medir el avance de cada Resultado o Producto en cantidad y calidad y las Fuentes de Verificación (F de V), que son los lugares donde los Indicadores pueden ser verificados.

a. Objetivo del Proyecto

El Objetivo del Proyecto se consensuó rápidamente, ya que era claro para los participantes que el Proyecto CE-GTZ debía apoyar el fortalecimiento del Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA. Por lo tanto, fue redactado de la siguiente manera: **“El Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA se ha fortalecido”**.

Esto significa que en el momento en que el Proyecto finalice, en marzo de 1998, éste deberá haber contribuido a la consolidación del Programa Provincial especialmente en los 11 Municipios en donde será ejecutado.

b. Objetivo Superior

Este no es el objetivo del Proyecto, sino aquél al cual el Proyecto contribuye a lograr una vez finalizado. Fue redactado en Plenario de la siguiente manera: **“Las conductas preventivas han aumentado”**.

Esto significa que se espera que una vez que se haya consolidado el Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA, difundiendo en la población la necesidad de adoptar conductas preventivas, se podrá verificar un incremento de éstas, principalmente en los 11 Municipios en los que se desarrollará el Proyecto.

c. Resultados y Actividades

Tomando en cuenta las 6 líneas de trabajo definidas en el Análisis de Alternativas, el equipo de planificación acordó que para alcanzar el Objetivo del Proyecto será necesario lograr 6 Resultados o Productos.

Cada uno de los Resultados responde a una de las líneas de trabajo previstas. Estos se redactan, al igual que el Objetivo del Proyecto y el Objetivo Superior, como si ya se hubiesen logrado. El Plenario debió hacer un esfuerzo para imaginarse que se encontraba en marzo de 1998, redactando cada Producto como si ya se hubiera alcanzado.

Para hacerlo, los participantes se dividieron en grupos de trabajo de acuerdo a su especialidad, a su formación, a su experiencia y, básicamente, a su interés. De esta manera, se formaron grupos de trabajo específicos que, una vez definidos los 6 Resultados, se dedicaron a discutir las Actividades más importantes necesarias para alcanzarlos. Mediante este trabajo se definieron 51 Actividades.

Dichas Actividades son generales. En muchas ocasiones, contienen varias sub-actividades o acciones particulares. En oportunidad de diseñarse el Plan Operativo, el equipo que participó en la elaboración del mismo desagregó varias Actividades y pudo precisar mejor su contenido (Ver Anexo "Actividades reelaboradas después del Plan Operativo").

La primer línea de trabajo, "Organización de la estructura del Programa Provincial" se transformó en el Resultado 1: **"La estructura del Programa Provincial ETS/SIDA está organizada y funcionando"**. Se refiere a la organización y consolidación de dicho Programa en 11 Municipios de la Provincia de Buenos Aires.

Para alcanzar este Resultado será necesario desarrollar 12 Actividades que comprenden los niveles provincial, regional y local. Se prevé formar consejos intersectoriales a nivel provincial y repetir esa estructura en cada municipio, incorporando las ONG locales más activas, para capacitar multiplicadores y distribuir el material del Proyecto.

La segunda línea de trabajo, "organización de la red de operadores", fue convertida en el Resultado 2: **"La red de operadores está organizada y funcionando"**. Se refiere al fortalecimiento del Programa en los 11 Municipios a través de la identificación de referentes municipales que sean capaces de definir equipos de trabajo, seleccionar sus integrantes, identificar grupos de apoyo y preparar capacitadores para trabajar con la comunidad.

La tercer línea de trabajo, "capacitación", fue transformada en el Resultado 3: **"Se han capacitado multiplicadores y éstos a la población"**.

De las 13 Actividades previstas para alcanzar este Resultado, las 4 primeras estarán dedicadas a definir qué características tendrá la capacitación, organizando un seminario, identificando a los destinatarios de la misma y elaborando, finalmente, un manual operativo que contenga los lineamientos básicos acordados. Las 9 Actividades restantes definen otros tantos sectores a ser capacitados.

La cuarta línea de trabajo, "mecanismos de evaluación, supervisión y control", derivó en el Resultado 4: **"Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control"**.

Para este Resultado se definieron 7 Actividades. Se comenzará creando un grupo de trabajo interdisciplinario que diseñe los instrumentos de la evaluación. Se realizará un diagnóstico inicial y luego, creando un sistema de información de las actividades del Proyecto, se implementarán mecanismos de evaluación que se aplicarán periódicamente, difundiendo sus resultados para lograr la retroalimentación del sistema.

La quinta línea de trabajo, "mercadeo social", se tradujo en el Resultado 5: **"Se han establecido mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de prevención"**.

Sólo 3 Actividades fueron definidas en esta instancia. Dos investigaciones para caracterizar grupos de usuarios de drogas inyectables y para determinar comportamientos sexuales de algunos grupos focalizados. La tercer Actividad se propone diseñar estrategias para hacer más accesibles los profilácticos para la población.

La última línea de trabajo, "comunicación social", se convirtió en el Resultado 6: **"El mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población"**. A través de 10 Actividades, se piensa elaborar materiales, crear mensajes, apelar a material didáctico ya existente y seleccionarlo para su difusión, acudir a los medios de comunicación masivos y organizar campañas de difusión con participación comunitaria.

Se propuso también la creación de centros de información sobre enfermedades de transmisión sexual y SIDA en cada uno de los 11 Municipios que abarcará el Proyecto.

d. Los Indicadores Verificables Objetivamente (IVO) y sus Fuentes de Verificación (FdV)

Los participantes volvieron a trabajar en los mismos grupos que habían desarrollado el paso anterior para precisar los Resultados con Indicadores.

Los IVO son instrumentos que precisan los Resultados. Permiten medir el avance del Proyecto, delimitar los Resultados, evaluar la cantidad y calidad logradas en el cumplimiento de los mismos. Un Indicador debe definir de qué manera habrá que alcanzar el Resultado para que se considere logrado.

Cada IVO debe ser acompañado por su Fuente de Verificación. Estas son los lugares donde los IVO pueden ser encontrados y verificado su cumplimiento.

En Plenario se definió el Indicador para el Objetivo del Proyecto: **"En marzo de 1998, el Programa Provincial de ETS/SIDA cuenta con un X % más de responsables municipales"**. Los participantes se comprometieron a

reunirse en unos 60 días y precisar en una o dos jornadas de trabajo cada uno de los IVO definidos, así como desagregar las acciones a desarrollar durante el período inmediato posterior a dicha reunión.

El trabajo en grupos dio como resultado la definición de 20 IVO, con sus respectivas FdV para los 6 Resultados del Proyecto.

El Resultado 1 fue precisado con un solo Indicador, que se refiere a la cantidad de municipios que participan del Programa Provincial.

El Resultado 2 será medido a través de 3 IVO, que tienen que ver con la designación de los miembros de los equipos locales, la cantidad de grupos de apoyo encontrados por cada municipio y los capacitadores seleccionados.

El Resultado 3 tiene 4 IVO, que miden el porcentaje de personas capacitadas de las diferentes áreas o sectores seleccionados.

El Resultado 4 tiene 5 IVO, que irán midiendo el desarrollo de cada una de las Actividades más importantes, desde la conformación del equipos de evaluación, supervisión y control hasta la aplicación de los instrumentos elaborados y la realización de evaluaciones intersectoriales.

El Resultado 5 tiene 2 IVO, que se refieren a las maneras en que la comunidad tiene facilidad de acceso a los condones. Uno de ellos mide, también, la cantidad de condones adquiridos por la población durante el Proyecto.

El Resultado 6 tiene 5 IVO. Algunos son directos, como la elaboración del material de difusión y otros indirectos, como el porcentaje de la población que ha recibido el mensaje adecuadamente.

e. Los Supuestos Importantes

Son elementos que no dependen de la conducción del Proyecto, pero que se consideran necesarios para garantizar el éxito del mismo. Se supone que van a ocurrir. Si así no aconteciera, la conducción del Proyecto deberá estar preparada para intentar influir sobre ellos, de manera tal que efectivamente ocurran. De no lograrlo, deberán modificar la estrategia del Proyecto para hacer que los Supuestos sean innecesarios o superfluos.

Al ser elementos externos y no controlables, un proyecto se vuelve más débil cuanto más Supuestos Importantes incorpore a su MPP. Por el contrario, un Proyecto con pocos Supuestos será más fuerte, porque dependerá de sus propios recursos.

Por decisión del equipo de planificación, los Supuestos fueron definidos en Plenario.

Se encontró un Supuesto para el Objetivo Superior ("La población no recibe mensajes contradictorios que neutralizan el mensaje del proyecto"); otro para el Objetivo del Proyecto ("Hay continuidad en el apoyo político al Programa") y 5 Supuestos para los 6 Resultados.

El Resultado 6 no depende de ningún Supuesto. Los otros 5 Resultados van a necesitar, para ser alcanzados, que se cumpla un Supuesto para cada uno (ver Anexo "Matriz de Planificación del Proyecto").

IV. ELABORACION DEL PLAN OPERATIVO

Si bien el Plan Operativo, o Plan de Operaciones no se considera parte del Método ZOPP, es necesario para completar una buena planificación. Es un instrumento que permite organizar el desarrollo de las actividades, distribuir los recursos del Proyecto y preveer necesidades de todo tipo: económicas, materiales y de recursos humanos.

El Plan Operativo puede ser definido como un cronograma de trabajo con distribución de tareas al cual, en muchas oportunidades, se le agregan otros elementos, como los insumos necesarios para el desarrollo de cada actividad y el costo estimado.

En esta oportunidad, como tarea final del Taller de Trabajo, los participantes eligieron una comisión que los representaría en la elaboración del Plan Operativo. Esta comisión se reunió en la ciudad de La Plata el 16 de julio y trabajó durante una jornada completa hasta finalizar el Plan Operativo del Proyecto.

Es conveniente que participen en la elaboración del Plan Operativo las personas que tienen poder de decisión en cada una de las principales entidades participantes. Por ello, se decidió que participaran de la comisión el Dr. Remo SALVE, Director del Programa Provincial de Prevención ETS/SIDA; el lic. Carlos RAMÍREZ, Coordinador del Proyecto CE/GTZ; la Dra. Graciela BESSUEJOULS, Jefa del Departamento de Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; el Dr. Fernando SILVA NIETO, Consultor del Proyecto de Prevención del SIDA del BIRF; la Lic. María Cristina COUZO, Directora de Psicología y Asistencia Social a las escuelas de la Provincia y la Lic. Andrea GONZÁLEZ, de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia.

Los 6 integrantes mencionados fueron acompañados por otras 6 personas elegidas por el plenario. Dos representantes de las Coordinaciones Regionales del Programa Provincial, dos representantes de los municipios participantes del Proyecto y dos representantes de las organizaciones no gubernamentales invitadas.

Fueron designados la Dra. Lucrecia RAFFO, responsable de la Región VII B; el Dr. Esteban LEGUÍZAMO, responsable de la Región Sanitaria VII A; el Dr. Juan PERALTA, Subdirector de Acción Comunitaria de la Municipalidad de Vicente López; el Dr. Osvaldo RICO, epidemiólogo de la Municipalidad de Moreno; el Lic. Marcelo KOYRA, Presidente de la Fundación CREAR y la Lic. Mónica GOGNA, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad -CEDES-.

Durante la jornada de trabajo, la comisión revisó las Actividades definidas en el Taller ZOPP, desagregándose algunas y precisándose otras. Se fueron viendo uno por uno los 6 Resultados con cada una de sus

Actividades. Se convino un tiempo de inicio y otro de finalización para cada una, planificándose el tiempo que falta para terminar el Proyecto hasta el mes de marzo de 1998.

También se designó un responsable o varios para cada Actividad. Se discutieron e incluyeron los Insumos necesarios, analizándose los recursos humanos, materiales o el equipamiento que se previó pudiera necesitarse, más allá de los recursos actuales de las entidades participantes.

Como resultado de este trabajo, el Proyecto cuenta con un Plan Operativo que le permitirá organizar su desarrollo y controlar si el avance del mismo en la realidad se corresponde con lo previsto. No obstante ello, los integrantes de la comisión coincidieron en la necesidad de citar a todos los participantes del Taller a un nuevo Plenario en unos tres meses, donde se analizará lo realizado hasta ese momento y se planificará en detalle las acciones a desarrollar en el trimestre siguiente.

V. REFLEXIONES FINALES

Un Taller de Planificación ZOPP que se realiza en sólo tres días de trabajo y con resultados tan completos como éste es, de por sí, un éxito.

Se elaboró la MPP con todos sus elementos, se completaron bastante adecuadamente todos los pasos de la Fase Analítica, se definieron puntos importantes para el desarrollo del Proyecto y se discutieron y analizaron con bastante profundidad una serie de temas que hacen a la relación entre el Proyecto CE/GTZ y el Programa Provincial de Prevención ETS/SIDA.

Todo ello se obtuvo con un alto grado de participación, con fuertes discusiones y manteniendo en todo momento un clima de respeto mutuo.

Sin embargo, nos parece necesario recomendar no dejar de realizar las reuniones trimestrales previstas para la revisión de lo hecho en los meses anteriores, la planificación detallada de los que vendrán y la actualización y precisión del Plan Operativo.

Esto va a permitir a la conducción del Proyecto mantener la marcha del mismo bajo control. En esas reuniones se pueden desagregar algunas actividades que están planteadas de manera muy general. También coordinar las acciones, articulando los tres niveles de intervención, el provincial, el regional y el local.

Para terminar, queremos agradecer en primer lugar a todos los participantes por su colaboración, entusiasmo y la concentración y el trabajo puestos al servicio del Proyecto, que facilitaron enormemente nuestra tarea.

También queremos agradecer al Dr. Remo SALVE su buena disposición para coordinar las tareas de su Programa con las que se planificaban en ese momento y su apoyo permanente a nuestros esfuerzos como moderadores.

A la Dra. BESSUEJOULS por su predisposición y calidez, brindando en todo momento el apoyo necesario y cuidando los detalles de organización indispensables para garantizar el buen desarrollo del Taller.

Finalmente, agradecemos mucho al Lic. RAMÍREZ la confianza depositada en nosotros al elegirnos para moderar el Taller y permitimos conocer en detalle un Proyecto tan importante para la provincia de Buenos Aires y para el país.

***PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ETS/HIV/SIDA***

Taller de Planificación ZOPP
(Lisandro Olmos, 3 al 6 de julio de 1996)

ANEXO I
DOCUMENTOS DEL TALLER

LISTADO DE PARTICIPANTES Y EXPECTATIVAS

NOMBRES Y APELLIDO	ORGANISMO Y CARGO	EXPECTATIVAS
IANNICILLO, Héctor Oscar	Municipalidad de La Matanza Director Medicina Preventiva	Planificación. Educación sistematizada y social y evaluación.
SILVA NIETO, Fernando	Proyecto de Prevención del Sida Nación-BIRF. Consultor	Construir un programa de la Prov. de Bs. As. y conocer la metodología de planificación ZOPP.
RAFFO, Lucrecia	Región VII B. Responsable de ETS/Sida, epidemiología y TBC	Analizar problemas y planificar en conjunto con otros municipios p/ cambios de conductas.
RICO, Osvaldo	Municipio de Moreno. Epidemiólogo	Incorporar técnicas p/ realizar un programa de prevención y control del Sida a nivel municipal, multisectorial y con participación comunitaria.
RAPOPORT, Marta	Ministerio de Salud. Programa ETS/Sida. Sicóloga responsable del área de Salud Mental	Alcanzar una visión integral universal en planificación de proyectos.
BATTISTA, Susana C.	Universidad Nacional de La Matanza. Profesora	Herramientas metodológicas para planificar en orientación participativa.
SPINA, Mabel Rosa	Ministerio Salud. Región Sanitaria VIII. Área Educación para la Salud	Lograr más conocimientos en cuanto a metodologías de trabajo.
RAMÍREZ, Carlos	GTZ/C.E. Coordinador del Proyecto	Visualizar la implementación del Proyecto.
CORTÓN, Gloria Isabel	Municipalidad de Berazategui. Centro ETS/Sida. Coordinadora	Elaborar un proyecto con objetivos claros, precisos y realizables.

NOMBRES Y APELLIDO	ORGANISMO Y CARGO	EXPECTATIVAS
SALVE, Remo	Ministerio de Salud. Director Programa ETS/Sida	Objetivos claros y realizables.
LÓPEZ, Claudio	Unidad Sanitaria de Florencio Varela. Médico pediatra	Poner en práctica lo aprendido en el taller.
PALERMO, Norma	Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Programa Municipal Sida, área preventiva. Co-cordinadora	Capacitarme para trabajar mejor.
NUÑEZ, Leonor	A.S.E.S. (Acción Solidaria en salud). Presidenta	Compatibilizar los diferentes proyectos en sus aspectos ideológicos, teóricos y técnicos
MONTORFANO, Paula	Municipalidad de San Fernando. Coordinadora de enfermería	Poder operativizar la metodología aprendida.
GONZÁLEZ, Andrea S.	Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones	Conocer e intercambiar experiencias sobre el programa Sida y coordinar acciones conjuntas a fin de operar sobre la realidad.
KOYRA, Marcelo	Fundación CREAR desde la educación popular. Presidente	Articular acciones preventivas c/factores y org. Profundizar la temática prevención en Sida. Formar parte de una red.
BARRAGÁN, Dora I.	Municipalidad Gral. Pueyrredón. Programa municipal de Sida. Médica directora de Desarrollo Humano	Participar en planificación conjunta con gente experimentada en el tema. Conocer alcances del proeycto. Colaborar con una alternativa de prevención.
GOGNA, Mónica	CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)	Armar un proyecto de prevención culturalmente apropiado y audaz.

NOMBRES Y APELLIDO	ORGANISMO Y CARGO	EXPECTATIVAS
LEGUÍZAMO, Esteban	Ministerio de Salud. Región Sanitaria VII A. Responsable	Lograr la prevención en poblaciones vulnerables (mujer).
MÉNDEZ, María Susana	Región Sanitaria V. Programa Materno Infantil	Acciones concretas adaptables regionalmente.
REDAELLI, Elena	Consejo Prov. de la Flia. Desarrollo Humano. Programa Vida. Coordinadora Técnica	
SZALARDI, María	Fundación Ginkgo Biloba. Directora de Prevención y Asistencia	Confirmar que la participación activa es el (o uno) de los métodos de cambio.
PERALTA, Juan	Municipalidad de Vicente López. Subdirector de Acción Comunitaria	Un programa intersectorial de prevención del SIDA-HIV.
FALISTOCCO, Carlos	Fundación SPES. Médico infectólogo	Lograr un proyecto realista, aplicable y efectivo.
RE, María Inés	FEIM. Coordinadora Proyecto Prevención SIDA mujeres, jóvenes y adolescentes	Diseñar un proyecto aplicable y conjunto.
DOS SANTOS, Néstor	Ministerio de Salud. Región Sanitaria VI. Responsable regional	Diagramar una metodología de trabajo para lograr cambios socio-culturales.
MOYANO, Eduardo Alberto	Programa HIV-SIDA. Región Sanitaria VIII. Responsable	Aprender el método para confeccionar planes y actividades de prevención.
DIGIANO, César A.	Municipalidad de Berisso. Programa SIDA y TBC. Responsable	Lograr un programa con penetración en la comunidad, con objetivos claros y factible en su realización.

NOMBRES Y APELLIDO	ORGANISMO Y CARGO	EXPECTATIVAS
BESSUEJOUS, Graciela	Ministerio de Salud. Jefa Dpto. Promoción y Educación para la Salud. Responsable Educación ETS/Sida	Lograr un proyecto realizable con real compromiso del equipo conformado.
LABYR, Nélica María	Municipalidad de Lanús. Jefa de División Estadística, Educación p/la Salud y Control Epidemiológico	Participar en la elaboración de un plan de lucha contra el Sida, práctica y realizable.
COUSO, María Cristina	Dirección Gral de Cultura y Educación. Prov de Bs. As. Directora de Psicología y Asistencia Soc. Esc.	
RAMIREZ, Susana	Municipalidad de Chascomús. Directora de Políticas Sociales.	
BERMÚDEZ, Eduardo	Moderador GTZ	Planificar un proyecto realista y consensuado
CASIRÓ, Silvia	Moderadora GTZ	Lograr un proyecto útil para los participantes.
LOURO, Cristina	Moderadora GTZ	Lograr que los participantes consensúen un proyecto útil.

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN (LOS INVOLUCRADOS)

COORDINACION:

- Programa Provincial de SIDA y ETS.
- GTZ.

EJECUTORES:

- Trabajadores Sexuales.
- Usuarios de drogas recuperados.
- No docentes.
- Unidades sanitarias (APS).
- Grupos juveniles.
- ONGs.
- Manzaneras, comadres.
- Voluntarios.
- Docentes.
- Servicio penitenciario (docentes).
- Centros de prevención de las adicciones.
- Universidad.
- Líderes comunitarios.
- Municipalidad: Sanidad escolar, Programa Municipal de SIDA, atención primaria, unidades periféricas.
- Equipo de salud hospitalaria.
- Adolescentes.

BENEFICIARIOS:

- Población general.
- Niños no escolarizados.
- Niños escolarizados.
- Adolescentes no escolarizados.
- Adolescentes escolarizados.
- Trabajadores sexuales.
- Mujeres.
- Usuarios de drogas.
- Padres y madres.
- Personas viviendo con VIH/SIDA.
- Familias.

GRUPOS DE APOYO:

- Trabajadores sexuales.
- Universidades.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

- Centros de rehabilitación de drogas.
- Sociedades de fomento.
- Entidades religiosas.
- Comités de docencia e investigación.
- Dirección de Hospitales.
- Juventudes políticas.
- Obras sociales.
- Consejo de menores.
- Clubes barriales.
- Programa Nacional de SIDA.
- Ministerio de Salud de la Nación.
- Medios de comunicación.
- Colegios y asociaciones profesionales.
- Poder Judicial.
- Grupos de padres.
- Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano.
- Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia.
- Secretaría de Salud, Acción Social y Minoridad Municipal.
- Entidades intermedias.
- Fuerzas de seguridad.
- Consejo regional de salud.
- Secretaría o Consejo de la Mujer Municipal.
- Iglesia católica. Pastorales de SIDA. Caritas.
- Consejo Escolar.
- Secretaría de Prevención del Narcotráfico.
- Ministerio del Interior. Secretaría de Derechos Humanos.
- Ministerio de Educación de la Nación.
- Dirección de Educación para la Salud de la Nación.
- Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.
- ONG's con acciones comunitarias.
- Gabinetes de orientación escolar.
- Dirección de Salud Mental.
- Poder Legislativo.
- Dirección de Deportes y Recreación.
- Secretaría de Educación y/o cultura municipales.
- Comunidad Europea.

ORGANISMOS DE APROBACION:

- Programa Provincial de SIDA
- Secretaría Municipal de Salud.
- Ministerio de Salud de la Provincia.
- Consejo Deliberante.

PERJUDICADOS U OPOSITORES:

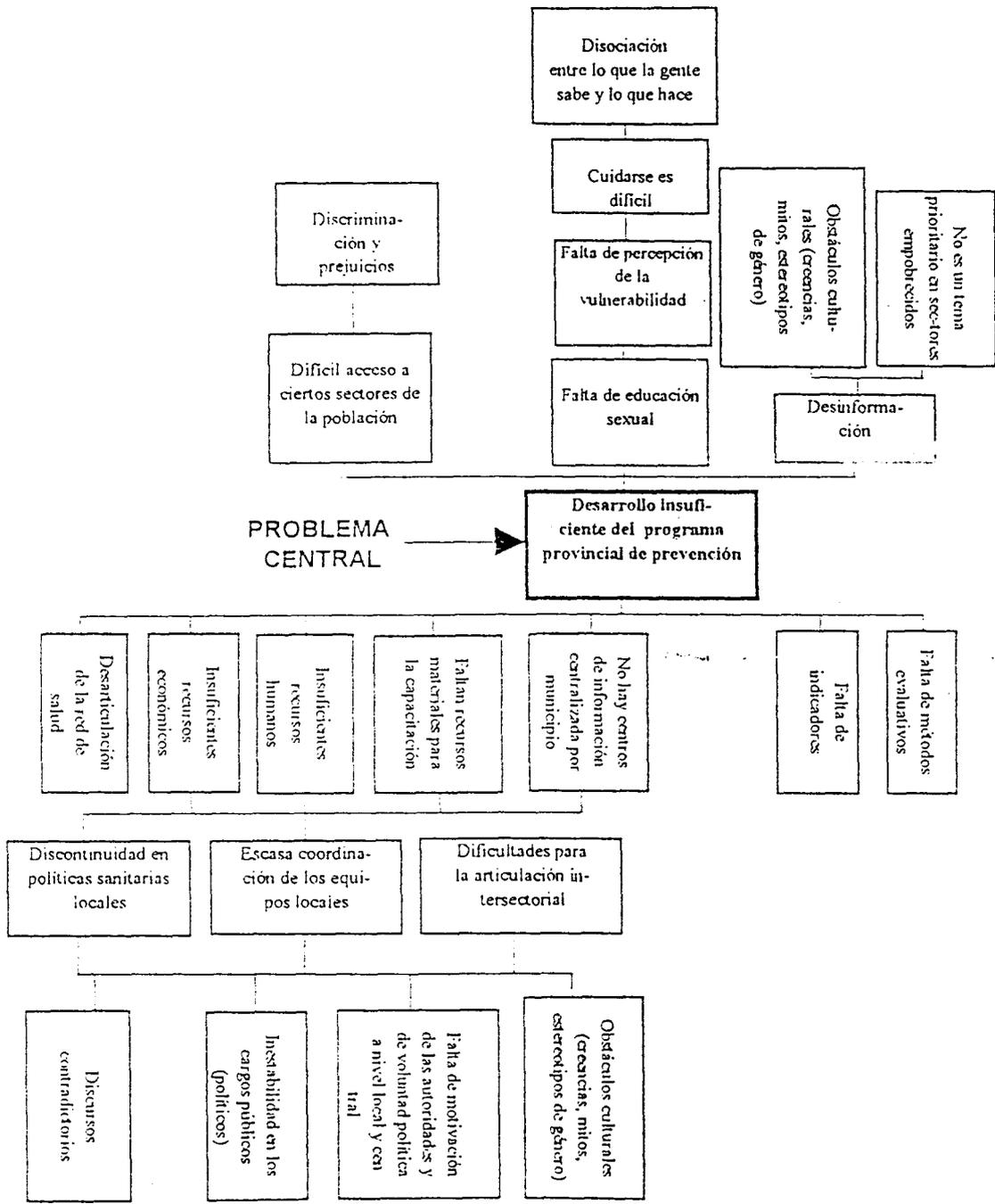
- Grupos disidentes con el Programa de Salud Provincial de SIDA.
Discrepancias: -Orientación sexual -Prejuicios -Rotulaciones.

- Iglesia católica (Dirigencia).

a determinar

- Dirección de Escuelas.
- Inspección escolar.

ARBOL DE PROBLEMAS

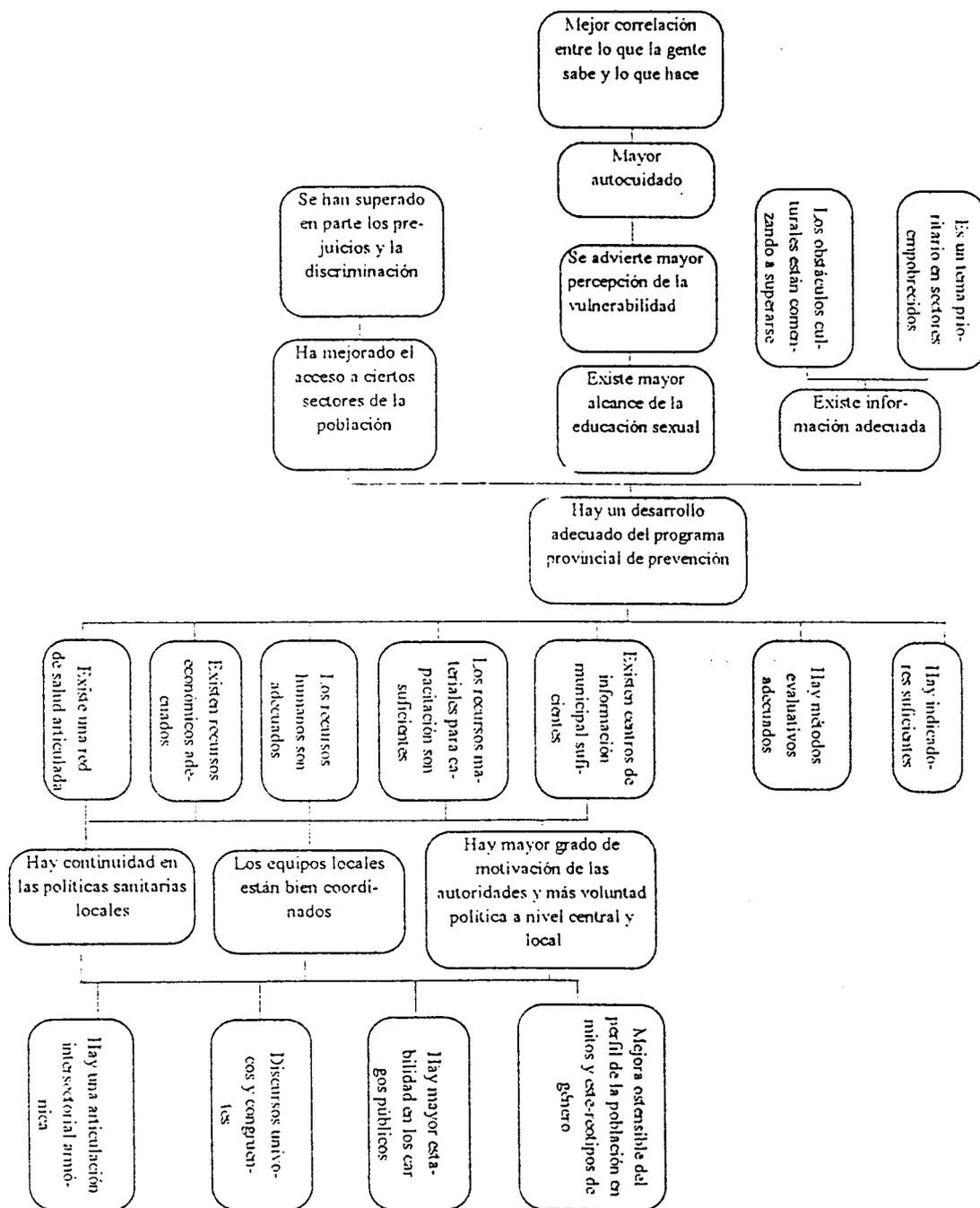


LISTADO DE PROBLEMAS QUE NO ESTÁN EN EL ÁRBOL

Consenso social de ausencia de prevención.
Asociación con drogadependencia y alcoholismo.
Grupos con dificultad para tener un proyecto de vida.
Los mensajes atemorizadores como estrategia.
Predominio del instinto de muerte del ser humano frente a conductas de autocuidado.
Falta de continuidad.
Inaccesibilidad del preservativo.
Sectores carenciados con acceso más difícil a la información.
Discriminación por sexualidad.

El voluntarismo tiene un límite.
Falta de presupuesto propio del programa provincial.
Falta o incertidumbre sobre recursos financieros.
Los jóvenes capacitados tienen una alta rotación.
Los programas se descontinúan. Falta de referente.
Ausencia de evaluaciones sobre las actividades realizadas.
Escasez de recurso humano (capacitado).
Los docentes se sienten sobrecargados y desmotivados.
Los docentes deberán recibir compensación. Puntaje (horaria, semántica).
Los docentes tienen temor a tomar tema sexualidad (padres, censura).
Escasa coordinación entre organismos gubernamentales y ong.
Indefinición de los responsables de algunos organismos participantes respecto al proyecto.
Dificultades de accesibilidad a los lugares de capacitación.
No reconocimiento de mitos, creencias y valores de la población meta.

ARBOL DE OBJETIVOS



OBJETIVOS QUE NO ESTÁN EN EL ÁRBOL

Existe mayor conciencia social en conductas de autocuidado.
Se facilitan alternativas a grupos para concretar proyectos de vida.
Ha disminuido la incidencia de HIV en adictos y alcohólicos.
Hay mayor demanda social de prevención.
Se utilizan mensajes múltiples como estrategia.
Hay continuidad.
Hay mayor accesibilidad al preservativo.
Hay mayor acceso a la información en sectores carenciados.
Hay disminución de la discriminación por sexualidad.

El personal afectado al programa está rentado.
Se destinaron recursos financieros para el programa.
Hay referentes en cada municipio.
Continuidad de los programas.
Hay evaluación de procesos y resultados.
Suficiente recursos humano capacitado.
Se ha previsto la rotación de los jóvenes capacitados.
Los docentes fueron capacitados en educación sexual.
Los docentes son recompensados (\$, horario y/o puntaje).
Los docentes están motivados y con tiempo para esta actividad.
Los responsables han definido su participación en el proyecto.
Hay coordinación entre organismos gubernamentales y ong.
Reconocimiento de mitos, creencias y valores de la población.
Los lugares de capacitación son accesibles.

RESULTADO 1: “La estructura del Programa Provincial ETS/Sida está organizado y funcionando”.

Actividad 1.1: Área asistencial: incorporar epidemiología e informática.

Actividad 1.2: Formar consejos intersectoriales a nivel central y local.

Actividad 1.3: Realizar reuniones con el consejo residual y autoridades provinciales para sensibilizar.

Actividad 1.4: Nivel central: ofrecer capacitación y actualización al nivel regional.

Actividad 1.5: Reproducir material educativo y de difusión elaborado por los beneficiarios locales.

Actividad 1.6: Responsabilidad regional: lograr identificar a un responsable municipal y ONG.

Actividad 1.7.: Responsabilidad regional: asesorar, capacitar y actualizar a los referentes municipales y ONG.

Actividad 1.8: Responsabilidad municipal: formar un equipo interdisciplinario estable (mixto).

Actividad 1.9: Responsabilidad municipal: adecuar el programa provincial a las características locales.

Actividad 1.10: Responsabilidad municipal: distribuir el material elaborado.

Actividad 1.11: Nivel municipal y ONG: capacitar multiplicadores.

Actividad 1.12: Proveer recursos provinciales, municipales y ONG.

RESULTADO 2: “La red de operadores está organizado y funcionando”.

Actividad 2.1: Designar referente por municipio y ONG.

Actividad 2.2: Definir perfiles y términos de referencia para los equipos de trabajo locales.

Actividad 2.3: Seleccionar los integrantes del equipo local en las áreas educación, salud, comunidad y apoyo administrativo.

Actividad 2.4: Definir grupos a capacitar.

Actividad 2.5: Identificar grupos de apoyo.

Actividad 2.6: Seleccionar capacitadores.

RESULTADO 3: “Se han capacitado multiplicadores y éstos a la población”.

Actividad 3.1: Definir el perfil ideológico, cultural, social, político, teórico y técnico de la capacitación.

Actividad 3.2: Organizar un seminario interno para los responsables del proyecto para acordar contenidos y metodología.

Actividad 3.3: Identificar los destinatarios potenciales por nivel de las actividades de capacitación.

Actividad 3.4: Elaborar un manual operativo orientador de la acción con los lineamientos acordados.

Actividad 3.5: Capacitar líderes comunitarios (ej.: manzaneras) en los contenidos programáticos.

Actividad 3.6: Capacitar adolescentes (escolarizados y no escolarizados) en los contenidos programáticos.

Actividad 3.7: Capacitar madres y padres en los contenidos programáticos (padres y madres de alumnos).

Actividad 3.8: Capacitar a los usuarios de drogas en los contenidos programáticos.

Actividad 3.9: Capacitar docentes de los distintos niveles en los contenidos programáticos.

Actividad 3.10: Capacitar a las organizaciones comunitarias y redes sociales existentes en los contenidos programáticos.

Actividad 3.11: Capacitar a los equipos de orientación escolar y a los directivos del sistema educativo en los contenidos programáticos.

Actividad 3.12: Capacitar grupos de trabajo en los contenidos programáticos.

Actividad 3.13: Capacitar al equipo de salud de los 11 municipios involucrados en el proyecto.

RESULTADO 4: “Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control”.

Actividad 4.1: Crear un grupo de trabajo interdisciplinario para el diseño de los instrumentos de evaluación.

Actividad 4.2: Diseñar instrumentos comunes para realizar evaluaciones cualitativas y cuantitativas.

Actividad 4.3: Realizar un diagnóstico inicial de estructura, proceso e impacto (en cada resultado).

Actividad 4.4: Crear un sistema de información de las actividades del proyecto.

Actividad 4.5: Implementar mecanismos de evaluación conjunta intersectoriales con periodicidad e indicadores específicos.

Actividad 4.6: Realizar una evaluación periódica de las actividades programadas.

Actividad 4.7: Difundir el nivel de cumplimiento de las actividades desarrolladas periódicamente (retroalimentación).

RESULTADO 5: “Se han establecido mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de prevención”.

Actividad 5.1: Diseñar una investigación para caracterizar grupos de usuarios de drogas inyectables (quién-cuándo-cómo-dónde).

Actividad 5.2: Diseñar una investigación sobre comportamientos sexuales por grupos focales.

Actividad 5.3: Diseñar estrategias para facilitar abaratamiento, accesibilidad y disponibilidad de los condones.

RESULTADO 6: El mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población”.

Actividad 6.1: Elaborar los materiales de difusión necesarios para optimizar las actividades de capacitación.

Actividad 6.2: Elaborar los materiales gráficos y audiovisuales de difusión para garantizar la transmisión del mensaje programático.

Actividad 6.3: Elaborar mensajes preventivos propios del proyecto para insertarlos en medios masivos y locales.

Actividad 6.4: Elaborar material didáctico para su distribución entre los grupos involucrados en el proyecto.

Actividad 6.5: Seleccionar y reimprimir materiales didácticos ya existentes.

Actividad 6.6: Establecer vínculos estratégicos con medios de comunicación masivos y locales.

Actividad 6.7: Coordinar y supervisar en forma periódica la distribución del material de difusión.

Actividad 6.8: Elaborar material de difusión con participación de la comunidad.

Actividad 6.9: Realizar campañas de difusión con participación comunitaria.

Actividad 6.10: Definir un centro de información en cada uno de los once municipios.

MATRIZ DE PLANIFICACION DEL PROYECTO (MPP)	Título del Proyecto:	Duración del Proyecto: 04/96 03/98	Fecha de elaboración: 06.07.96
Resumen de Objetivos/Resultados/Actividades	Proyecto N°: Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	País: Argentina Métodos de Verificación	Supuestos Importantes
<u>Objetivo Superior (OS):</u> "Las conductas preventivas han aumentado."			La población no recibe mensajes contradictorios que neutralizan el mensaje del Proyecto.
<u>Objetivo del Proyecto (OP):</u> "El Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA se ha fortalecido."	En marzo de 1998, el Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA, cuenta con un "X" % más de responsables municipales.	Registros del Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA.	Hay continuidad en el apoyo político al Programa.
<u>Resultado 1:</u> "La estructura del Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA está organizada y funcionando."	La participación de los Municipios se ha incrementado en un "X" %.	Registros del Programa Provincial de Prevención de ETS/SIDA.	Se cuenta con sensibilidad municipal para implementar el Programa.
<u>Resultado 2:</u> "La Red de Operadores está organizada y funcionando"	<ul style="list-style-type: none"> * Están designados, en "X" municipios, todos los miembros del equipo local previsto, según los perfiles definidos. * Se cuenta con "X" cantidad de grupos de apoyo locales. * Se seleccionaron "X" cantidad de capacitadores en las áreas previstas 	Instrumentos administrativos (contratos, comisiones, etc...) Informes de los Equipos Locales. Informes de los Equipos Locales.	Las autoridades locales respetan los perfiles definidos para la selección de los integrantes del equipo.

Resumen de Objetivos/Resultados/Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Fuentes de Verificación	Supuestos Importantes
<p>Resultado 3: <i>"Se han capacitado multiplicadores y éstos han capacitado a la población".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> * Se ha capacitado el "X" % de las organizaciones comunitarias y redes sociales involucradas en el Proyecto a marzo de 1998. * Se ha capacitado el "X" % de los inspectores, directivos, EDE y docentes involucrados en el Proyecto a marzo de 1998. * Se ha capacitado el 100% de los equipos de salud involucrados en el proyecto a marzo de 1998. * Se ha capacitado el "X" % de la población objetivo del Proyecto a marzo de 1998 en cada municipio. 	<p>Registros de inscripción de los participantes en los cursos.</p> <p>Registros de inscripción de los participantes en los cursos.</p> <p>Registros de inscripción de los participantes en los cursos.</p> <p>Registros de inscripción de los participantes en los cursos.</p>	<p>Aprobación del Proyecto en el área de Educación.</p>
<p>Resultado 4: <i>"Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> * El equipo para realizar la evaluación se ha conformado. * Se diseñó un instrumento para hacer el diagnóstico inicial de cada uno de los Resultados del Proyecto. * Se aplicó el instrumento de medición del diagnóstico inicial en cada uno de los municipios. * Existe un sistema de información estructurada en los 11 municipios. * Se realizaron evaluaciones intersectoriales a los 11 municipios. 	<p>Acta de constitución del equipo.</p> <p>Copia del diseño del instrumento.</p> <p>Los informes de los Resultados.</p> <p>La información periódica emitida en esos municipios.</p> <p>Los informes de las evaluaciones realizadas.</p>	<p>No existen problemas para realizar el diagnóstico inicial por parte de los involucrados.</p>

Resumen de Objetivos/Resultados/Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Fuentes de Verificación	Supuestos Importantes
<u>Resultado 5:</u> <i>"Se han establecido mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de prevención".</i>	<ul style="list-style-type: none"> * Cantidad de bocas de expendio instaladas por municipio, estratégicamente. * Cantidad de preservativos adquiridos en un límite de tiempo en las áreas geográficas del Proyecto. 	<p>Proveedores locales y oficinas oficiales.</p> <p>Proveedores locales y programas municipales de Sida.</p>	<p>Instituciones muy ortodoxas no interfieren con el Proyecto.</p>
<u>Resultado 6:</u> <i>"El mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población".</i>	<ul style="list-style-type: none"> * Se ha elaborado el 100% del material de comunicación soporte de las actividades de comunicación. * Se ha elaborado y distribuido un "X" % del material de difusión. * Un "X" % de la población ha recibido el mensaje adecuadamente * Cantidad de espacios ocupados en medios masivos y locales. * Cantidad de actividades participativas comunitarias de difusión realizadas. 	<p>El material publicado.</p> <p>Estudio cualli-cuantitativo con los beneficiarios del Proyecto.</p> <p>Estudio cualli-cuantitativo con los beneficiarios del Proyecto.</p> <p>Fotocopias de artículos periodísticos, videos, facturas.</p> <p>Informe : tel Proyecto.</p>	

INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO ESPECÍFICOS PARA LA DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES E INDICADORES

GRUPO 1: RESULTADO 1

Remo SALVE
Néstor DOS SANTOS
Esteban LEGUIZAMO
Lucrecia RAFFO
Paula MONTORFANO
Eduardo MOYANO

Representante: Lucrecia RAFFO

GRUPO 2: RESULTADO 2

Héctor IANNICILLO
Gloria CORTON
Cesar DIGIANO
Carlos FALISTOCCO
Juan PERALTA
Dora BARRAGÁN

Representante: Carlos FALISTOCCO

GRUPO 3: RESULTADO 3 Y RESULTADO 6

Nélida LABYR
Susana BATISTA
Norma PALERMO
María Inés RE
Marcelo KOYRA
Mabel SPINA
Leonor NUÑEZ

Representantes: Leonor NUÑEZ (Resultado 3),
Marcelo KOYRA (Resultado 6)

GRUPO 4: RESULTADO 4

María SZALARDI
Osvaldo RICO
Graciela BESSUEJOULS
Mónica GOGNA
Elena REDAELLI

Representante: Osvaldo RICO

GRUPO 5: Resultado 5

Carlos RAMIREZ
Marta RAPOPORT
María Susana MENDEZ
Fernando SILVA NIETO
Claudio LOPEZ
Andrea GONZALEZ

Representante: Fernando SILVA NIETO

***PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
ETS/HIV/SIDA***

ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO
(La Plata, 16 de julio de 1996)

ANEXO II
DOCUMENTOS DEL PLAN OPERATIVO

**INTEGRANTES DE LA COMISIÓN QUE PARTICIPÓ DE LA
ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO**

NOMBRE Y APELLIDO	INSTITUCIÓN Y CARGO
Remo SALVE	Director del Programa Provincial de Prevención ETS/SIDA
Carlos RAMÍREZ	Coordinador del Proyecto CE/GTZ
Graciela BESSUEJOULS	Jefa de Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires
Fernando SILVA NIETO	Proyecto de Prevención del SIDA del BIRF
María Cristina COUZO	Directora de Psicología y Asistencia Soc. Esc. de la Dirección Gral. de Cultura y Educación de la Pcia. de Buenos Aires.
Andrea GONZÁLEZ	Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Pcia. de Buenos Aires.
Lucrecia RAFFO	Responsable del Programa de Prevención ETS/SIDA en Región Sanitaria VII 'B'.
Esteban LEGUIZAMO	Responsable del Programa de Prevención ETS/SIDA en Región Sanitaria VII 'A'.
Juan PERALTA	Subdirector Acción Comunitaria de la Municipalidad de Vicente López.
Osvaldo RICO	Epidemiólogo de la Municipalidad de Moreno.
Mónica GOGNA	Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
Marcelo KOYRA	Presidente Fundación CREAR.
Elena REDAELLI	Coordinadora Técnica Programa Vida Consejo Pcial. de la Familia y Desarrollo Humano.

ACTIVIDADES REELABORADAS DURANTE DEL PLAN OPERATIVO

Resultados	N° Act.	Actividad	Insumos	Responsables
RESULTADO 1: "La estructura del Programa Provincial ETS/Sida está organizada y funcionando".	1.1	Area asistencial: incorporar epidemiología e informática.		
	1.1.1	Incorporar vigilancia epidemiológica.	-Epidemiólogo	-Director del Programa ETS/SIDA.
	1.1.2	Crear una red informática.	-Modem -Hardware -Financiamiento de cursos de capacitación.	-Director del Programa ETS/SIDA. -Secretario de Salud Municipal
	1.2	Formar consejos intersectoriales a nivel central y local.		
	1.2.1	Formar consejos intersectoriales a nivel local.		-Referente municipal
	1.2.2	Retomar las reuniones de la Comisión Intersectorial de Sida.		-Director del Programa ETS/SIDA
	1.3	Nivel central: Capacitar a los responsables regionales y municipales en prevención.		
	1.4	Reproducir material educativo y de difusión elaborado por los beneficiarios locales.	-Recursos humanos. -Viáticos. -Material didáctico	-Responsable educación ETS/SIDA. -Coordinador del proyecto.
	1.4.1	Imprimir afiches y folletos.		
	1.4.2	Reproducir videos.		

	1.5	Responsabilidad regional: lograr identificar a un responsable municipal y ONG.	-Imprenta. -Papel. -Películas. -Reproducción.	-Director del Programa ETS/ SIDA. -Coordinador del proyecto.
	1.6	Responsabilidad municipal: formar un equipo interdisciplinario estable (mixto).		-Responsable regional.
	1.7	Responsabilidad municipal: elaborar un programa municipal.		-Responsable municipal.
RESULTADO 2: "La red de operadores está organizada y funcionando".	2.1	Definir perfiles y términos de referencia para los equipos de trabajo locales.		
	2.2	Seleccionar los integrantes del equipo local en las áreas educación, salud, comunidad y apoyo administrativo.		- Responsable regional y central.
	2.3	Definir grupos a capacitar.		- Responsable municipal.
	2.3.1	Realizar selección de escuelas.		- Equipos de trabajo locales.
	2.3.2	Realizar reuniones con Plan Vida, sociedades de fomento, clubes, juventudes políticas, etc.		- Responsable regional. -Responsable municipal.
	2.4	Identificar grupos de apoyo.		-Responsable municipal. - Equipos locales.

	2.5	-Seleccionar capacitadores.		
	2.5.1	Definir perfil de los capacitadores.		- Grupo mixto: . Provincial. . Regional. . Municipal. . GTZ . ONG
	2.5.2	Seleccionar capacitadores.		- Responsable municipal.
RESULTADO 3: "Se han capacitado multiplicadores y éstos a la población"	3.1	Definir el perfil ideológico, cultural, social, político, teórico y técnico de la capacitación.	- Recursos humanos (médico, educador comunitario, representante de ONG, cientista social). - Investigador, comunicador social - Información, programas/ proyectos/ material educativo de otras experiencias. - Banco de datos.	- Responsable educación ETS/SIDA. - Coordinador del proyecto
	3.2	Organizar un seminario interno para los responsables del proyecto para acordar contenidos y metodología.	- Viáticos a participantes. - Lugar físico. - Material de oficina	- Responsable educación ETS/SIDA. - Coordinador del proyecto.
	3.3	Identificar los destinatarios potenciales por nivel de las actividades de capacitación.	- Información sistematizada con una planilla elaborada por el programa.	- Responsable educación ETS/SIDA. - Coordinador del proyecto.
	3.4	Elaborar un manual operativo orientador de la acción con los	- Tiempo de trabajo de coordinador y equipo de capaci-	- Responsable educación ETS/SIDA. - Coordinador del pro

	lineamientos acordados.	tación.	yecto.
3.5	Capacitar líderes comunitarios (ej.: manzanas) en los contenidos programáticos.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	- Equipo Intersectorial Municipal. - Responsable regional.
3.6	Capacitar adolescentes (escolarizados y no escolarizados) en los contenidos programáticos.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	- Equipo Intersectorial Municipal. - Responsable regional.
3.7	Capacitar madres y padres en los contenidos programáticos (padres y madres de alumnos).	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	- Equipo Intersectorial Municipal. - Responsable regional.
3.8	Capacitar docentes de los distintos niveles en los contenidos programáticos.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	- Equipo Intersectorial Municipal. - Responsable regional.
3.9	Capacitar a las organizaciones comunitarias y redes sociales existentes en los contenidos programáticos.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	- Equipo Intersectorial Municipal. - Responsable regional.
3.10	Capacitar a los equipos de orientación escolar y a los directivos del sistema educativo en los contenidos programáticos.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados. - Reconocimiento (puntaje).	- Equipo Intersectorial Municipal. - Responsable regional.

	3.11	Capacitar grupos de trabajo en los contenidos programáticos.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	
	3.12	Capacitar al equipo de salud de los 11 municipios involucrados en el proyecto.	- Honorarios para capacitadores. -Material educativo -Viáticos y refrigerio para capacitados.	
RESULTADO 4: "Se cuenta con mecanismos de evaluación, supervisión y control".	4.1	Crear un grupo de trabajo interdisciplinario para el diseño de los instrumentos de evaluación.	- Recursos humanos.	-Coordinador del proyecto. -Director del Programa ETS/SIDA.
	4.2	Diseñar instrumentos comunes para realizar evaluaciones cualitativas y cuantitativas.		- Grupo evaluador.
	4.3	Realizar un diagnóstico inicial de estructura, proceso e impacto (en cada resultado).	- Consultora y/o equipo técnico.	- Grupo evaluador
	4.4	Crear un sistema de información de las actividades del proyecto.	- Consultora y/o equipo técnico	- Grupo evaluador
	4.5	Implementar mecanismos de evaluación conjunta intersectoriales con periodicidad e indicadores específicos.	- Consultora y/o equipo técnico	- Grupo evaluador
	4.6	Realizar una evaluación periódica de las actividades programadas.	- Consultora y/o equipo técnico	- Grupo evaluador

	4.7	Difundir el nivel de cumplimiento de las actividades desarrolladas periódicamente (retroalimentación).	- Impresión. - Papel. - Distribución.	Nivel Central: - Coordinador del proyecto. - Director del Programa ETS/ SIDA.
RESULTADO 5: "Se han establecido mecanismos que facilitan el acceso a los materiales de prevención".	5.1	Recolectar información para caracterizar grupos de usuarios de drogas inyectables (quién-cuándo-cómo-dónde).	- Información provista por Secretaría de Adicciones.	- Secretaría de Adicciones.
	5.2	Diseñar y realizar una investigación sobre comportamientos sexuales por grupos focalizados.	- Recursos humanos y técnicos.	- CEDES
	5.2.1	Recopilar la información existente.		
	5.2.2	Diseñar una investigación complementaria.		
	5.3	Diseñar estrategias para facilitar abaratamiento, accesibilidad y disponibilidad de los condones.		- Responsable provincial, regional y municipal.
	5.3.1	Promover la distribución gratuita de condones.		
	5.3.2	Promover la existencia de bocas de expendio por autoservicio en lugares públicos (baños, supermercados, etc.).		

RESULTADO 6: El mensaje ha logrado impacto comunicacional en la población".	6.1	Elaborar los materiales de difusión necesarios para optimizar las actividades de capacitación.	- Recursos humanos y técnicos.	-Responsable educación ETS/SIDA. -Coordinador del proyecto.
	6.2	Elaborar los materiales gráficos y audiovisuales de difusión para garantizar la transmisión del mensaje programático.	- Honorarios a comunicador. -Reproducción de materiales.	-Responsable educación ETS/SIDA. -Coordinador del proyecto.
	6.3	Elaborar mensajes preventivos propios del proyecto para insertarlos en medios masivos y locales.	- Honorarios a comunicador. -Reproducción de materiales.	-Responsable educación ETS/SIDA. -Coordinador del proyecto.
	6.4	Elaborar material didáctico para su distribución entre los grupos involucrados en el proyecto.	- Honorarios a creativos. - Impresión de material.	-Responsable educación ETS/SIDA. -Coordinador del proyecto.
	6.5	Seleccionar y reimprimir materiales didácticos ya existentes.	- Reproducir material.	-Director del Programa ETS/ SIDA. -Coordinador del proyecto.
	6.6	Establecer vínculos estratégicos con medios de comunicación masivos y locales.		- Responsable provincial y municipal.
	6.7	Coordinar y supervisar en forma periódica la distribución del material de difusión.		- Responsable regional y municipal.
	6.8	Elaborar material de difusión con participación de la comunidad.	- Materiales de difusión (imprenta, audiovisual, etc)	-Responsable educación ETS/SIDA. -Coordinador del proyecto.

	6.9	Realizar campañas de difusión con participación comunitaria.	- Materiales de difusión (impresión, audiovisual, etc)	- Equipo municipal. - Responsable educación ETS/SIDA. - Coordinador del proyecto. - Equipo municipal
	6.10	Definir un centro de información en cada uno de los 11 municipios.		- Responsable municipal.

