UNIVERSIDAD DE CHILE
FUNDACION FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

EVALUACIÓN PRIMERA FASE DEL PROYECTO

***FORTALECIMIENTO DE LA ASOCIATIVIDAD ENTRE EQUIPOS DE SALUD Y PVVIH PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO, LA ADHERENCIA A TARV Y LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL VIH/SIDA Y LAS ETS/ITS A PVVIH*.**

INFORME FINAL

ELABORADO POR
FUNDACIÓN FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, Enero de 2007

CONTIENE

Presentación 4
1. MARCO CONCEPTUAL DEL PROYECTO 5
1.1. Políticas de salud y enfoques en VIH/SIDA: participación e integralidad 5
1.1.1 Participación e integralidad: desafíos para la articulación de miradas y actores 5
1.1.2 Hacia nuevos modelos de política pública: la noción de gobernanza 6
1.1.3 Participación ciudadana en la promoción en salud: los Consejos de Desarrollo 8
1.1.4 Enfoques en VIH/SIDA: participación e integralidad 10
1.1.5 VIH/SIDA y protección social 12
1.1.6 Implementar un enfoque de equidad de género 13
1.2 Factores relacionados con la adherencia a TARV 14
1.2.1 La adherencia: un proceso personal interno, particular y contextuado 14
1.2.2 Favoreciendo la adherencia desde las decisiones políticas: la necesidad de programas específicos 18
1.3. Modelos y estrategias de intervención 20
1.3.1. La Consejería 20
1.3.2. Estrategias de trabajo grupal/comunitario 47
1.3.3. Implicancias del voluntariado como estrategia de intervención 57
1.4. Conclusiones de la revisión teórica 80
2. METODOLOGÍA 81
2.1 Enfoque evaluativo: Estudio de Caso 81
2.2 Modelamiento de sistemas 83
2.3 Técnicas e instrumentos. 84
2.3.1 Módulo cualitativo 84
2.3.2 Módulo cuantitativo 87
3. ANTECEDENTES DEL PROYECTO 92
El Programa de Consejería Asociativa 92
Áreas de abordaje de la Consejería entre pares a PVVIH 93
Estrategias de apoyo en consejería a PVVIH para autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria 95
Estrategias de implementación del modelo 95
1. Convocatoria. 95
2. Selección 97
3. Capacitación conjunta 103
4. Diseño e Instalación de Programas de Consejería Asociativa en los Centros de Atención Integral 105
5. Acompañamiento y Monitoreo 111
6. Acompañamiento Psicológico a los Equipos de Consejería Asociativa. 124
7. Capacitación continua a los Equipos de Consejería Asociativa. 127
8. Sistematización y Evaluación de la implementación del modelo. 132
4. RESULTADOS 133
4.1 Módulo cualitativo: Estudios de Caso 133
4.1.1 Caso Nacional 133
Análisis del desempeño económico del proyecto 182
4.1.2 Caso Región Metropolitana, Centro Hospitalario Norte “Eloisa Díaz” 192
4.1.3 Caso Duodécima Región, Hospital Regional 236
4.1.4 Caso Primera Región, Hospital Dr. Juan Noe 267
4.2 Módulo cuantitativo: encuesta a usuarios. 289
Nota metodológica 291
1. Descripción de la Muestra 293
2) Contacto con el/la consejero/a 299
3) Contenidos tratados con el/la Consejero/a y el Equipo de Salud. 305
4) Evaluación de los Usuarios 316
5) Tipología de Usuarios 330
6. Conclusiones del Módulo Cuantitativo 336
5. CONCLUSIONES 339
5.1 Una mirada sistémica sobre el Proyecto 339
5.1.1 Insumos 343
5.1.2 Procesos auxiliares 349
5.1.3 Procesos 352

5.1.4 Productos 354
5.1.5 Resultados del Sistema 364
5.2 Reflexiones finales 377
6. BIBLIOGRAFÍA REVISADA 386
7. ANEXOS 391

Presentación

A continuación, se entrega el Informe Final de la evaluación del proyecto "Fortalecimiento de la asociatividad entre equipos de salud y PVVIH para fomentar el autocuidado, la adherencia a TARV y la prevención secundaria del VIH/SIDA y las ETS/ITS a PVVIH, Primera Etapa"[1].

De acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia, el texto constituye el informe consolidado de los resultados de la evaluación, considerando el cumplimiento de todos los objetivos definidos, los cuales eran:

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la ejecución del Proyecto Consejería Asociativa durante la primera fase de implementación del proyecto Fondo Global-Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a) Evaluar el avance hacia el logro de los objetivos del proyecto de Consejería Asociativa, descritos en el documento Modelo Consejería Asociativa.
b) Evaluar el cumplimiento programático del proyecto, identificando los logros y dificultades en la implementación del Modelo Consejería Asociativa.
c) Identificar dimensiones que permitan medir el impacto o efectividad del servicio de consejería asociativa para el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH/SIDA en sus usuarios.
d) Evaluar la gestión de los fondos traspasados para la implementación local de cada programa de consejería asociativa.
e) Proponer mecanismos de mejoramiento en relación con los aspectos evaluados del proyecto.

Para ello, el texto se organiza en los siguientes apartados: un primer capítulo que desarrolla el marco conceptual de la evaluación; el segundo capítulo contiene los aspectos metodológicos del estudio; el capítulo tercero presenta los antecedentes disponibles sobre el proyecto; el cuarto contiene los resultados de la evaluación, incluyendo los estudios de caso, la encuesta a usuarios y el análisis de los aspectos presupuestarios del proyecto; por último, el quinto capítulo aborda las conclusiones y comentarios que emergen del análisis de los materiales. Se incluye la referencia a la bibliografía revisada y un anexo general con los diversos instrumentos utilzados en la construcción de la información.

El equipo evaluativo agradece la disposición brindada por los equipos locales y el equipo nacional del Proyecto, que aceptaron colaborar con una evaluación consistente en un ejercicio crítico de su práctica.

[1] En adelante, llamaremos a la iniciativa referida "el Proyecto", para diferenciarla del Programa de Atención Integral, al que llamaremos "el Programa".

1. MARCO CONCEPTUAL DEL PROYECTO

A continuación, se exponen los aspectos conceptuales del estudio. El capítulo considera elementos fundamentales para una contextualización de la práctica de la consejería en los procesos de reforma de salud, participación comunitaria y enfoque integral de trabajo en VIH/SIDA. Asimismo, incluye una mirada a las estrategias de intervención relacionados con los campos cubiertos por el Proyecto, a saber, la propia consejería en sus elementos teóricos y metodológicos, el enfoque de comunidades de práctica, los grupos de apoyo mutuo y la práctica del voluntariado, corrientes que adquieren fuerte presencia en la medida que se enfatizan los aspectos de aprendizajes permanente, calidad e incidencia ciudadana en las resolución de problemas de salud. Se incluye además un enfoque de la consejería en tanto espacio de "conversaciones para el apoyo" y construcción de vínculo, en base al enfoque constructivista de aprendizaje.

1.1. Políticas de salud y enfoques en VIH/SIDA: participación e integralidad

En este acápite se refieren algunos elementos relacionados con los procesos de reformas en salud, que inciden en el panorama de avance de las acciones con PVVIH, considerando en particular la dimensión participativa en tanto voluntad de relevar el ejercicio ciudadano individual y colectivo en las decisiones públicas relacionadas con la propia salud.

1.1.1 Participación e integralidad: desafíos para la articulación de miradas y actores

Analizando el marco de reformas en salud, Martinic (2000) señala que en los 90 se inicia un giro en los procesos de reforma, lo que da origen a las denominadas reformas de “segunda generación”. Estas se dirigen “hacia adentro”, esto es, hacia los modos de acción, gestión y evaluación de la prestación de servicios; por lo mismo, tienen como centro la “caja negra” de los procesos de producción de los servicios y la calidad de los mismos. Para ello, intervienen en los sistemas de conocimientos; en los métodos de trabajo; en las formas de relación entre agentes y beneficiarios; en los materiales y equipos de apoyo necesarios para garantizar procesos que produzcan resultados de calidad.

En el campo de la salud, esto se traduce en cambios de envergadura en el concepto mismo de salud; en los modelos de atención y en los sistemas de recuperación de costos, entre otros. En el campo de la salud se ha demostrado la importancia de la participación social, tanto para la prevención como para el tratamiento de los principales problemas que afectan a la población.

Una concepción integral de la salud, en coherencia con un planteamiento de participación, estimula la responsabilidad de los propios actores en el cuidado

de su bienestar. La participación no desplaza el saber especializado del médico, sino que, por el contrario, promueve la flexibilización de sus categorías, modelos de atención y formas de gestión de los servicios, al considerar demandas, expectativas y representaciones de los propios usuarios.

Los cambios que se promueven afectan positivamente las concepciones tradicionales tanto del aprendizaje como de los modelos de atención en salud. En efecto, los programas analizados por el autor favorecen relaciones flexibles entre las categorías académicas y las del sentido común de los beneficiarios, y una interacción de tipo dialógica. Estos cambios en las categorías de pensamiento requieren de nuevas alianzas y de relaciones sociales para que persistan en el tiempo, lo cual es un proceso en curso y a considerar como de mediano y largo plazo.

En estos procesos, la construcción de acuerdos entre distintos actores y el grado de apoyo de las autoridades municipales, políticas y regionales resultan ser clave para el éxito de las experiencias de innovación. De hecho, las iniciativas que se han basado solamente en la convicción técnica de sus promotores no logran alcanzar sus objetivos y fracasan. Se concluye que las disposiciones legales y la existencia de espacios legítimos y eficaces de participación favorecen el cambio. (Ibíd.)

1.1.2 Hacia nuevos modelos de política pública: la noción de gobernanza

Reflexiones recientes sobre políticas sociales han relevado la noción de *gobernanza* como un nuevo modo de concebir la construcción de políticas públicas. Autores como Ibarra et. Al. (2002) plantean que la política democrática del estado de bienestar dio lugar a procesos de gobierno y elaboración de políticas basados en esquemas fijos donde predominan: a) la división entre esfera pública y privada; b) una agenda y formas de acción colectiva ancladas en lo socioeconómico, una acción colectiva articulada por partidos de masas y sindicatos con relativa autonomía de éstos; c) predominio del nivel estatal-nacional en desmedro de otros niveles territoriales de gestión de políticas de bienestar. De esta forma, se generan dinámicas de gobierno delegativas, unidimensionales, apoyadas en formas de acción más adscriptivas que reflexivas, y generadores de rendimientos estandarizados a escala nacional.

En el contexto del capitalismo tardío, los autores sugieren que durante los Ochenta se produce un primer contexto histórico de diversificación de las formas de acción colectiva: los grupos de interés ganan centralidad en la esfera pública y emergen con fuerza los nuevos movimientos sociales. Lo anterior, tras un extenso predominio de los partidos políticos de masas. A finales de los ochenta, bajo la sociedad del conocimiento con su expresión política de *gobernanza* y redes, se desarrolla un segundo giro que diversifica las formas de acción colectiva y reestructura los movimientos sociales en comunidades y redes críticas. Es así que durante los últimos veinte años surgen fuertes presiones de cambio donde el paradigma tradicional debe ceder ante nuevos modos de articular políticas en los que los esquemas de gobierno transitan hacia el escenario de la *gobernanza*:

- De una parte, la separación entre estado y mercado da paso a nuevas dialécticas entre regulaciones públicas, mercantiles, asociativas y comunitarias. Así, la capacidad de gobernar no fluye de manera unidireccional, jerárquica y monopolista desde los decisores públicos a los ciudadanos y el tejido social. Estos demandan espacios de implicación y decisión en todas las fases del ciclo de intervención, constituyendo espacios de cogestión que rompen las dinámicas tradicionales de subordinación.
- Relacionado con lo anterior, las formas de acción colectiva ganan en pluralismo y heterogeneidad. Las actorías sociales se autonomizan de los partidos tradicionales; cada actor presiona por la apertura de la *gobernanza* hacia espacios y temáticas emergentes.
- El monopolio del nivel central –Estado/nación- cede a favor de un complejo entramado institucional con nuevos equilibrios territoriales de poder articulados simultáneamente en el nivel global y local.

Se entiende la gobernanza en clave de profundización democrática, esto es, como *liderazgo público abierto y articulado al pluralismo participativo*[2]. Desde esta perspectiva, se relevan dos aportaciones a este proceso: de una parte, la noción de capital social, esto es, la densidad asociativa, las relaciones de reciprocidad y confianza entre los distintos componentes de una comunidad, las prácticas de relación con lo público, los modos de resolver los asuntos públicos, entre otros. Diversos estudios han demostrado que la calidad del capital social incide en los rendimientos institucionales de las políticas de bienestar. De otra parte, la innovación democrática, esto es, el proceso de redefinición de las prácticas de participación ciudadana, vinculada a las políticas públicas, desde una modalidad restringida, formal, hacia una praxis participativa más flexible, abierta a un amplio abanico de actores, con incidencia en los temas y en las decisiones.

Capital social y vulnerabilidad

Los debates sobre superación de la pobreza dan luces sobre los modos de pensar en las políticas de abordaje de una noción multidimensional como es la vulnerabilidad, en particular, relevan la función del capital social. Como plantean Raczynski y Serrano (2005), la relación entre capital y pobreza se origina en distintas vertientes que convergen: a) una ampliación del concepto de desarrollo desde sus contenidos de crecimiento de la economía a los de desarrollo humano y expansión de capacidades de las personas (el objetivo primordial del desarrollo es la persona humana, la expansión de sus libertades sustantivas y de sus capacidades para realizarlas).; b) la constatación de que la pobreza no es sólo un asunto de carencias materiales; más bien, se relaciona fuertemente con una disposición subjetiva que debe ser objeto de tratamiento; c) la pobreza aparece como un asunto político y de poder, en términos de tener control sobre la propia vida, el poder de imaginar el futuro e interpretar la propia existencia en el contexto en el que ésta se desarrolla; por último, d) hay una aceptación creciente de que los segmentos y grupos en situación de pobreza cuentan con activos de distinto tipo, entre ellos capital social, para manejar su

[2] Investigadores como Gabriel Salazar asocian la *gobernanza* con los procesos de construcción de legitimidad ciudadana del orden.

situación, evitando situaciones de mayor vulnerabilidad y actuando para superar su condición (Moser, 1994; Banco Interamericano, 1999; Banco Mundial, 2000; Rabotnikof, 1999).

Los ejes expuestos conllevan una visión del desarrollo de los sectores pobres ligada a procesos, proyectos, colaboración de diferentes agentes y construcción de capital social. En estos enfoques adquiere preeminencia el sujeto o actor social y se busca fortalecer sus capacidades para dirigir su vida. Estas capacidades son individuales y sociales. Se trata de vencer actitudes fatalistas, promover conductas pro - activas, abrir miradas, expandir redes y relaciones sociales y fomentar esfuerzos cooperativos colaborativos y orientados al logro de objetivos compartidos (Raczynski y Serrano, 2005).

A partir de allí, se deriva una definición básica donde “Capital social es el conjunto de relaciones sociales asociativas y de cooperación basadas en la confianza y la reciprocidad que permiten a las personas, en este caso los sectores y segmentos pobres, ampliar su campo de oportunidades al derivar de él activos y beneficios individuales y grupales” (Durston, 1999, 2002, en Raczynski y Serrano, 2005).

De este modo, el principal aporte de estos debates radica en relevar la dimensión subjetiva de las políticas públicas (capital social) y situar la acción pública como una interfase de cooperación conflicto entre Estado y Sociedad civil, que si bien tiende a un creciente protagonismo de los sujetos en la resolución de sus problemas, no privatiza el significado de la ayuda mutua, reforzando la importancia de contar con un sistema público de protección social.

1.1.3 Participación ciudadana en la promoción en salud: los Consejos de Desarrollo

En el ámbito de la participación ciudadana, Escobar (2001) formula una mirada a la política chilena en salud en referencia a los hitos que van posibilitando el avance en estos temas. Señala que de acuerdo a los documentos oficiales, la política de salud chilena se basa en cinco principios orientadores: 1) la salud como un derecho universal consagrado en la Constitución política del Estado; 2) el aseguramiento de la equidad en la salud, poniendo especial énfasis en los sectores más desfavorecidos; 3) la salud debe ser solidaria para asegurar la protección de toda la población; 4) la calidad del servicio y la satisfacción usuaria debe estar garantizada; 5) la “corresponsabilidad social que surge de un trabajo colectivo y coherente de toda la sociedad en el proceso salud / enfermedad. Ello demanda un sistema permanente de relación recíproca entre prestadores y comunidad, sector privado y público, directivos y funcionarios.” (Escobar, 2001).

El autor señala que este quinto principio implica que los objetivos que se emprendan en torno a la salud van a ser abordados mediante iniciativas participativas, en las que se espera la colaboración de la ciudadanía en un trabajo conjunto de organismos públicos y privados, de organizaciones sociales y comunitarias, de acuerdo a un enfoque intersectorial. El Informe PNUD–

Chile 2000, señala que si bien el Estado favorece las oportunidades de participación, no se sabe bien qué se pretende con ellas: “Se espera que la participación contribuya a adaptar la oferta homogénea de los programas sociales a las particularidades locales. Pero, ¿cuál es la participación social posible y deseada?”. (Escobar, 2001). Esto implica que en ocasiones prevalece un “enfoque de la eficiencia”, que permite que la búsqueda de apoyo financiero de las organizaciones sociales responda al interés estatal por “focalizar los recursos”; en otras predomina la idea de fortalecer la asociatividad con el objeto de crear capital social, que en el informe se denomina “enfoque de la comunidad”; en esta última línea se ubican los Consejos de Desarrollo (Escobar, 2001). Dichas instancias constituyen un organismo colegiado, integrado por representantes comunitarios, los cuales desarrollan procesos de participación social que aportan al proceso de gestión de un centro de salud.

Cuando predomina el “enfoque de la eficiencia” se deja de lado la dimensión simbólica de la participación y de las políticas sociales. Es decir, a pesar de que se mantienen las prioridades que tienen estas políticas, no se considera ni tematiza “el sentido de reconocimiento, seguridad e integración que ellas conllevan para la gente”, no reconociendo el valor social que tienen para la población algunas políticas sociales como las de salud, reconociendo sus demandas sólo en su expresión monetaria.

Escobar plantea que la modernización en salud debe incluir los conceptos de equidad, descentralización – entendida ésta como democratización – y participación ciudadana. De esta forma, las decisiones no estarán concentradas sólo en el Estado, cada vez con menores competencias en materias sociales (proceso a largo plazo), y en el mercado, sino que será posible trasladar parte de estas decisiones a instancias de control social, donde la ciudadanía podrá adquirir mayor protagonismo (Escobar, 2001).

Para que exista un control social efectivo de la ciudadanía en materias de salud, es necesario trabajar de forma efectiva en la promoción y construcción de una “ciudadanía activa”, con vínculos sociales y virtudes cívicas. Esta ciudadanía debe ser parte de un modelo de cogestión de la salud pública, que implique rol fiscalizador de las políticas y acciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud local.

En un intento de aterrizar la participación como una estrategia que pueda ser posible y efectiva, el autor plantea que la instancia de los Consejos de Desarrollo, aunque no ha llegado a su máxima expresión, cumple con una serie de requisitos mínimos en términos de promoción, fortalecimiento y apoyo a la ciudadanía responsable. Esta instancia, por definición, puede fortalecer los vínculos sociales y generar canales nuevos de participación, entregando al mismo tiempo las cuotas de confianza adecuada para la integración de cada vez más sectores y actores sociales (Escobar, 2001).

El fortalecimiento de estos Consejos de Desarrollo podría ser una estrategia adecuada para desarrollar definitivamente una “ciudadanía activa”, desde el ámbito de la salud. Estos Consejos funcionan sin ninguna clase de financiamiento y su grado de participación en la gestión y control de los

establecimientos de atención primaria está sujeta al entero arbitrio de la autoridad de salud y/o los equipos profesionales. Por lo que, considerando los resultados obtenidos a pesar de las constantes dificultades que enfrentan para su accionar, plantea la necesidad de revisar el status político-jurídico en el que se encuentran, en la perspectiva de otorgarles un rol más activo en los establecimientos de salud a los que pertenecen.

Esta posible respuesta puede dialogar con una revisión crítica que Celedón (1998) realiza sobre la materia. La autora afirma que en el Sistema de Salud chileno existen escasos mecanismos de articulación social que incorporen las demandas ciudadanas, salvo encuestas parciales de satisfacción de los usuarios y programas de promoción y prevención en algunos consultorios del país, orientados más bien a resolver problemas específicos de salud que a incorporar las necesidades de los usuarios. Por otra parte, Celedón señala que en la práctica no se observa la operación de mecanismos de participación orientados a la eficiencia y eficacia. “Con el objeto de proveer los incentivos a una gestión más eficiente del sistema, se ha intentado avanzar por la vía de la incorporación de mecanismos de mercado, esto es, financiamiento de la atención primaria mediante un sistema per- cápita y el establecimiento de compromisos de gestión con los servicios de salud, en cuyos convenios el principal o representante de los ciudadanos continúa siendo el Ministerio de Salud. Otro programa que opera bajo una lógica de contratos (criterios de mercado), es el programa de reducción de listas de espera, en el cual los usuarios son vistos como clientes pero tienen escasa información y participación.” (Celedón, 1998).

1.1.4 Enfoques en VIH/SIDA: participación e integralidad

En la actualidad, no obstante existe consenso en los planteamientos de atención integral y humanizada a PVVIH, los efectivos de la implementación suelen distar de los principios, en razón de determinantes políticas, técnicas, de mirada e intereses regional, local y estamental (desde los distintos actores involucrados).

Es necesario sin embargo hacer referencia sobre estos planteamientos de modo que se establezcan como base de una mirada consensuada para avanzar en el logro de estrategias articuladas que mantengan estos sentidos en su operatoria. Al respecto, Güezmes (RSMLAC, 2003) señala que la atención integral de las PVVIH implica asegurar las condiciones necesarias para disponer de un servicio de atención con calidad: incluye exámenes para diagnóstico; consejería previa y posterior a la prueba diagnóstica; tratamiento con medicamentos antirretrovirales; tratamiento para infecciones oportunistas, atención médica de calidad y disponibilidad de exámenes de seguimiento. El autor realiza un especial énfasis en el componente de consejería, explicitando su definición y sentido, a la vez que señala aquellos elementos aún no clarificados:

> Con relación a la consejería antes de la prueba, ésta es referida en las guías de manejo de enfermedades de transmisión sexual: “A) Consejería: Se refiere a la comunicación directa entre dos personas, una con una problema que la aqueja y la otra tratando de ayudar a comprenderlo y resolverlo. Es la intervención para el cambio de

> comportamiento más efectiva. La consejería es obligatoria en la atención de todo paciente con ETS y tiene como propósito ayudarle a realizar los cambios necesarios en sus actitudes y comportamientos para disminuir el riesgo de adquirir en el futuro una nueva ETS, incluyendo el VIH. En la consejería se trabajará la posibilidad de lograr que el paciente acepte voluntariamente someterse a una prueba para descartar la infección por VIH". En el documento no se especifica cuáles serán los mensajes claves, las preguntas frecuentes de las personas con ETS ni los pasos a dar para la realización de la prueba después de la consejería. (Güezmes, RSMLAC, 2003).

Con relación a la consejería después de un resultado positivo señala:

> "...todos los pacientes infectados con VIH recientemente diagnosticados requieren una anamnesis exhaustiva y un examen físico completo, como parte de su evaluación inicial. La primera visita sirve para obtener la historia clínica, hacer el examen físico y ordenar los exámenes de laboratorio apropiados. La segunda visita, que se debe realizar una semana después de evaluado a un paciente asintomático, permite revisar los resultados de laboratorio, clasificar al paciente de acuerdo al estadio de la infección y evaluar la necesidad de vacunaciones, terapia antirretroviral y profilaxis para las infecciones oportunistas, así como discutir el plan de manejo con el paciente, incluyendo información necesaria acerca de la enfermedad, soporte psicosocial, prevención de transmisión del VIH y guía nutricional. Las primeras dos visitas son la gran oportunidad del médico para establecer una adecuada relación con su paciente". No aparece documentación sobre el tipo de consejería que se debe realizar con una persona con resultado negativo (prevención, reiterancia del examen); tampoco aspectos vinculados al manejo emocional, la información sobre derechos, incluida la confidencialidad de los resultados y las prestaciones en salud. (Güezmes, RSMLAC, 2003)

En cuanto a los compromisos políticos de base, señala que ONUSIDA refiere al liderazgo político como "el elemento indispensable para dar una respuesta efectiva a la pandemia, tanto a nivel nacional como global". Una muestra de la voluntad global es la inclusión de metas de reducción de la expansión de la epidemia en las Metas del Milenio. A nivel local esto debiera traducirse en medidas protectoras, de apoyo y de ejercicio de derechos:

> La respuesta a las PVVIH debe incluir medidas de protección financiera, seguridad laboral, redes de apoyo, acceso a servicios y tratamientos, y medidas efectivas contra la discriminación y el estigma, incluyendo el acceso a recursos efectivos y sencillos. La lucha contra la pandemia se enmarca en esfuerzos progresivos para reducir la inequidad y la exclusión en el país (Perú); y una política decisiva de promoción y prevención en el marco de los acuerdos de derechos humanos. La participación de la sociedad civil, con énfasis en las organizaciones de PVVIH; el abordaje que integre las dimensiones de género, generacional, étnica, de orientación sexual, entre otras; así como la transparencia y la rendición de cuentas, son condiciones impostergables en los programas. (Güezmes, RSMLAC, 2003)

El autor referido resalta la condición de vulnerabilidad de las mujeres. Al respecto señala como fundamental la existencia de una colaboración estrecha entre las organizaciones que trabajan para prevenir la violencia contra la mujer y las que procuran prevenir la infección del VIH/SIDA. Por un lado, las mujeres con VIH tienen mayor riesgo de ser violentadas, tanto en la familia como en las comunidades; en muchos casos la transmisión vertical hace que las mujeres sean doblemente estigmatizadas; y por otro lado, la violencia, y en especial la sexual, aumenta el riesgo para las mujeres de contraer una ETS (Güezmes, 2003).

Por último, en una perspectiva de coherencia entre participación e integralidad, señala que la participación de las PVVIH en sus tratamientos resulta central, porque da sentido al principio de integralidad del tratamiento al considerar a la persona como un actor relevante en este abordaje interdisciplinario, biopsicosocial. En definitiva, la variable "Calidad de Vida" puede resultar determinante en el éxito o fracaso de la terapia antirretroviral (Ibíd.).

1.1.5 VIH/SIDA y protección social

En este marco, es importante señalar los contextos de protección social asociados a las acciones locales en VIH/SIDA, en la perspectiva de una disminución de brechas de desigualdad. Al respecto, Teixeira (GTZ, 2005) señala que en América Latina, la política de protección social no se ha desarrollado en plenitud. Sin embargo, a pesar de las limitaciones, este concepto se refleja en las constituciones y políticas nacionales de la región. El acceso a la salud es uno de los componentes más visibles y determinantes de este debate, y las respuestas nacionales frente a la epidemia de VIH/SIDA dan un testimonio de este proceso. (Teixeira, GTZ, 2005).

En este sentido, Teixeira señala que la epidemia del VIH/SIDA ha contribuido a la comprensión, la revisión y el perfeccionamiento de las políticas públicas de salud. Por sus características, la epidemia ha colocado bajo observación repetidas veces las políticas y estrategias neoliberales privatizadoras, las cuales establecen que si bien el VIH/SIDA fue incluido en el ámbito de la salud pública y debería ser objeto de vigilancia y prevención, no debiera ocurrir lo mismo con la atención médica. Esta discusión supuestamente conceptual conlleva el tema de la responsabilidad de financiar las acciones de salud (Teixeira, GTZ, 2005). El surgimiento de la epidemia del SIDA relevó los conflictos relacionados con la carencia de atención médica, principalmente en lo que atañe a los servicios hospitalarios y al TARV, así como la falta de acciones de prevención. El TARV ha estado limitado al 50% o al 60% de los pacientes necesitados, y esta parcela corresponde mayoritariamente al sector formal.

> Los mayores progresos ocurrieron cuando el campo de discusión salió del financiamiento de la salud, yendo hacia el área de los derechos humanos, lo que hizo entrar al poder judicial como nuevo actor. El combate a la epidemia del SIDA trajo un nuevo elemento de carácter eminente-mente político, y hoy existe un consenso en nuestra región de que el acceso al tratamiento antirretroviral debe tener carácter universal. Los beneficios del tratamiento deberán alimentar el proceso de elaboración y adopción de políticas públicas en materia de salud. La adhesión necesaria sólo puede ser obtenida cuando el acceso a los medicamentos y a los exámenes de laboratorio sean universales y gratuitos. (Teixeira, GTZ, 2005)

Por último, Teixeira señala que la protección social es una cuestión de abordaje político y no gerencial o financiero, y las políticas solamente serán efectivas cuando tengan en cuenta el referencial de los derechos humanos. El acceso al TARV esta siendo universal en varios países, donde las responsabilidades se dividen entre el sector público previsional y privado.

> Si la lógica del derecho, y no la económica, se hubiera adoptado hace mucho tiempo, el número de tres millones de personas que mueren a causa del SIDA cada año en los

países en vías de desarrollo ciertamente se habría reducido substancialmente. (Teixeira, GTZ, 2005)

1.1.6 Implementar un enfoque de equidad de género

Una mirada cultural sobre la implementación de programas de atención en VIH/SIDA, releva la necesidad de otorgar mayor pertinencia y efectividad a las dimensiones de género de la política publica. Para la publicación BRIDGE Development & Gender (2002), el VIH/SIDA no sólo es potenciado por la inequidad de género, sino que arraiga esa inequidad, colocando en mayor riesgo a mujeres, hombres, niñas y niños.

Hasta hace poco, el definir y estigmatizar a las personas 'en riesgo' como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores del sexo y personas usuarias de drogas, hizo invisible la creciente tasa de infección entre personas generalmente consideradas 'seguras', incluidas las mujeres casadas y mayores. Hoy en día, el factor de riesgo predominante es el coito heterosexual. Se estima que, en la actualidad, casi el 50% de las PVVIH está conformado por mujeres (ONUSIDA, 2002). Como personas y en sus funciones sociales de madres y cuidadoras, las mujeres son intensamente afectadas por el VIH/SIDA (BRIDGE, 2002).

Frente a esta situación, "los enfoques de salud tradicionales han sido y continúan siendo inadecuados, al ignorar las dimensiones sociales, culturales, económicas y de derechos humanos." (BRIDGE, 2002). Un enfoque que considere los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres constituye una importante medida. Sin embargo, se requiere de un marco de derechos humanos más amplio que aborde la gama de desigualdades que potencian el VIH/SIDA -incluida la pobreza- y reconozca los derechos de aquellas personas que contrajeron el VIH por vías no sexuales. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) es uno de esos marcos. Otra herramienta útil es 'Mujeres y VIH/SIDA: La Carta de Derechos de Barcelona' (julio 2002), que incluye, entre otros, el derecho a la equidad, a la independencia económica y a la educación. (Ibíd.)

Desafortunadamente, numerosos enfoques para combatir la diseminación y el impacto del VIH/SIDA han sido incapaces de considerar las diferencias y la inequidad de género. Algunos han reafirmado nociones sobre la pasividad femenina y la dominación masculina en las decisiones sobre las relaciones sexuales y la reproducción. Las intervenciones deberían orientarse tanto a empoderar a las mujeres como a transformar las relaciones de género (BRIDGE, 2002).

La transformación de la desigualdad de poder en las relaciones de género, presente en enfoques participativos hacia el VIH en el trabajo tanto con mujeres como con hombres, incide en el desarrollo de sus comunicaciones y habilidades relacionales. Los impactos posibles incluyen una reducción en la violencia doméstica y una mejor comunicación entre mujeres y hombres en lo referente a asuntos sexuales (Ibíd.).

1.2 Factores relacionados con la adherencia a TARV

La segunda vertiente de un enfoque centrado en la calidad de vida pone al centro los fenómenos de adherencia, en la medida que apuntan a relevar la dimensión psicosocial del VIH/SIDA. Mencionaremos aquí planteamientos sobre políticas de apoyo al fortalecimiento de la adherencia, y evidencias sobre la naturaleza y los factores que influyen en dicho comportamiento, los cuales se muestran en estrecha relación tanto con el contexto político- cultural como con los procesos personales e 'internos' de cada individuo.

1.2.1 La adherencia: un proceso personal interno, particular y contextuado

Para abordar la adherencia como un ámbito de intervención y fortalecimiento de PVVIH, en primer lugar es necesario dilucidar el modo de considerar esta dimensión y a partir de allí, responder a sus implicancias en términos de abordaje clínico. Al respecto, un estudio desarrollado en Brasil por Malta y Col. (2005) se abocó a revisar -desde la experiencia del personal médico de salud-, cómo es este proceso en sus ámbitos de intervención clínica, develándose algunas variables a considerar a propósito de las formas tradicionales de atención clínica (setting), que continúan manifestándose a pesar del esfuerzo por renovar los enfoques de atención y centrarlos en las personas.

El estudio releva que si bien los médicos desempeñan un papel central en términos de la adherencia a TARV, existe escasa información sobre las modalidades que asume la comunicación entre éstos y las PVVIH. El énfasis de la investigación apuntó a determinar la forma en que se abordaba en el ámbito clínico los temas relativos a la adherencia, a partir de los diálogos que establecen proveedor y paciente. Se trataba de identificar los rasgos característicos de dicha relación y los elementos que operan como barreras que finalmente inciden en la adherencia.

La mayoría de los/las médicos entrevistados señalaron que un diálogo (conversación) positivo entre paciente y proveedor ayuda a incrementar y mantener la adherencia del paciente. Algunos señalan que al no contar con tiempo suficiente para atender a los pacientes en consulta, derivan la atención a otros profesionales de la salud con quienes trabajan, tales como enfermeras o consejeros, ya que sienten que ellos están mejor equipados del tiempo y recursos necesarios para mantener un diálogo más profundo y atento con los pacientes. Esto se relaciona con la necesidad que muchos pacientes manifiestan de ser escuchados y atendidos en sus preguntas, con una fuerte carga emocional que necesita ser contenida, ante lo cual los médicos entrevistados sienten que no cuentan con tiempo ni habilidades (Malta, 2005).

Un aspecto relacionado con esta dificultad es la sensación de algunos profesionales en el sentido de estar invadiendo la privacidad del paciente, al preguntar reiteradamente sobre el modo en que el usuario está administrando sus medicamentos, ante lo cual señalan "a veces no sé cómo comenzar esta conversación para no intimidarlo, sintiendo la conversación más como una

secuencia de preguntas orientadas a encontrar “algo malo” en el modo en que el paciente está administrando su ingesta. Los entrevistados afirman que el enfrentamiento de estas situaciones requiere un entrenamiento especial en consejería o habilidades de conversación, recurso que no han recibido en su entrenamiento. Esto se traduce en sensaciones de estar adoptando una actitud enjuiciadora y controladora, lo que en ocasiones les lleva a “saltarse” ciertas conversaciones necesarias para revisar los hábitos de ingesta de los pacientes (Ibíd.).

Los facultativos también reconocen dificultades para abordar los efectos adversos secundarios (donde busca como objetivo que el paciente ingiera los medicamentos como corresponde y no presente resistencias). En este caso, algunos entrevistados optan por postergar dichas conversaciones sobre efectos secundarios nocivos “para cuando surjan”, como un modo de no interferir en la adherencia del paciente.

Otro factor a considerar en materia de adherencia son las características personales de los pacientes, sus hábitos frecuentes y su estilo de vida. Algunos médicos comentan que el hecho de esforzarse en entender el estilo de vida de un paciente puede incrementar la adherencia mediante un proceso de guía para que éste desarrolle un régimen pertinente con sus necesidades. Para esto se hace necesario profundizar en conversaciones en las que se presente, en la medida de lo posible, una gama de alternativas de TARV específicas para cada caso y que sean posibles de acoplarse a las rutinas y hábitos del usuario.

Las creencias e informaciones erradas que los pacientes tienen acerca de la real efectividad de los TARV resultan otro elemento a considerar. En este punto, el diálogo resulta complejo con algunos pacientes en la medida que la conversación excluya una aproximación culturalmente sensible a sus particularidades histórico- culturales, que pueda tener efectividad en aumentar la adherencia a TARV.

Asimismo, se debe considerar la percepción del paciente sobre la severidad de su enfermedad, tanto en el caso de aquellos que presentan síntomas notorios asociados a la enfermedad que puedan relacionar con su estado de salud, como de aquellos pacientes que no han presentado síntomas desagradables o que no les den importancia. Con esto referimos la importancia de considerar la autopercepción que el paciente tiene respecto de su propia vulnerabilidad asociada a la enfermedad.

En suma, se reconoce que la adherencia puede ser un proceso comportamental complejo influido por factores como el régimen de medicamentos, la relación médico- paciente, y las actitudes y creencias de los pacientes frente a la ingesta de medicamentos y la enfermedad. En esto último, se visualiza como importante la capacidad de ayudar a los usuarios a mediar el impacto de sus creencias sobre la adherencia, lo que es posible de fortalecer como competencias en los proveedores mediante la formación en consejería para la adherencia. Junto a lo anterior, se vislumbra necesario mejorar las redes de servicios de salud, con procedimientos más ágiles y mayor integración

entre diferentes profesionales de salud, en pos de mejorar la adherencia (Malta, 2005).

En otro estudio, se refuerzan las ideas antes expuestas al considerar las posibles determinantes de adherencia a TARV (Viveiros y col., 2003). Entre éstos, se señalan algunos factores relativos a la naturaleza de la dolencia, la personalidad del paciente, las características de su entorno social, la calidad de su relación con el equipo de salud, las condiciones del servicio y factores asociados al propio tratamiento. El equipo desarrolla conceptos y representaciones sobre la enfermedad, la terapia y las metas terapéuticas en base a modelos biomédicos y clínico farmacológicos; por su parte, el paciente puede presentar definiciones distintas sobre estos conceptos y representaciones, en virtud de vivencias subjetivas individuales, de su acceso a información, del contexto cultural en que está inmerso, de la eficacia simbólica de las intervenciones y del auto cuidado, así como de las propias percepciones sobre la salud y calidad de vida (Viveiros, 2003).

Se concluye que existen ciertos factores de riesgo relacionados con baja adherencia: en relación a las variables económicas y socio- demográficas asociadas a no adherencia, los individuos menores de 35 años y de baja escolaridad constituyen las categorías con mayor riesgo. El desempleo también se mostró como factor de riesgo y el estar empleado, como factor protector. Las variables de renta personal y familiar también demostraron asociaciones significativas con situaciones de no adherencia. En cuanto al uso de sustancias, modo de vida y apoyo social, las variables más destacadas fueron: el consumo reciente o pasado de sustancias de uso ilegal, el tabaquismo y la asociación de hábitos como el consumo de alcohol.

El análisis de variables relacionadas con el estado clínico reveló que la presencia de infección en el momento del diagnóstico estaba asociada a una mayor adherencia. En cuanto a las variables relacionadas con el tratamiento, la presencia de efectos colaterales se mostró relativamente asociada a la adherencia. El uso de otros medicamentos no mostró relación con no adherencia. Por otro lado, la asociación entre adherencia y estado clínico, mostró que se asocia a alta adherencia la presencia de infecciones evidentes para el paciente y no con los niveles de CD4 o de carga viral (plasmadas como evidencia para los pacientes sólo “en el papel” y no como una vivencia sentida). Finalmente, se releva que son dos las variables contextuales que aparecen más relacionadas a baja adherencia: baja renta familiar y utilización de sustancias ilícitas.

Por otra parte, diversos autores (Hèru, 1994; Knobel et al., 1999; Singh et al. 1996; Tourette-Turgis, 1999) sugieren que el modelo de intervención en consejería aplicada a la adherencia terapéutica de los antiretrovirales, tiene que tomar en cuenta un conjunto de variables. De modo central, se destaca la diferencia entre cumplir con el tratamiento (actuar de acuerdo a una orden) y la adherencia, que implica asumir un cambio comportamental para una mejor salud, que se construye con independencia del mandato del profesional de la salud. Desde estas miradas se recomienda algunas consideraciones específicas en el marco de la consejería para la adherencia:

- La sesión debe desarrollarse en un tiempo breve, para mejorar la adherencia se puede ofrecer un número de sesiones de acuerdo a las necesidades de la persona consultante.
- La sesión debe centrarse en la persona, contemplando sus aspectos emocionales, cognitivos, sociales y comportamentales.
- La sesión debe ser estructurada, es decir que el/la consejero/a debe contar con una guía de entrevistas, que abordan las distintas variables a considerar.
- La actitud "activa" del/la consejero/a, significa no sólo la escucha activa sino su participación en la resolución de los problemas de la persona.
- La escucha debe estar basada en la aceptación de la diversidad de estilos de vida.

Asimismo, existen distintos factores que inciden en los fracasos a la adherencia. Los aprendizajes disponibles indican la necesidad de que la intervención del/la consejero/a tome en cuenta las siguientes variables:

- Emocionales: Autoestima, conflictos de prioridad de vida frente a las limitaciones de los tratamientos, tipo de estrategias de adaptación a la seropositividad, estados emocionales.
- Cognitivos: Grado de conocimientos de la infección, de los tratamientos y los efectos secundarios, percepción de la eficacia de los tratamientos, percepciones de los efectos secundarios.
- Comportamentales: Aprendizajes, control de los efectos secundarios, prácticas nutricionales, prácticas adquiridas en materia de salud.
- Sociales: Apoyo psicosocial, integración de la persona en una red de apoyo, situación social.

De acuerdo a Singh (1996) "la depresión, el estrés psicológico, las perturbaciones emocionales, la carencia de estrategias de adaptación a la seropositividad son factores predictivos de no adherencia. Los factores cognitivos, psicológicos, sociales, ambientales que determinan el bienestar psicosocial y la calidad de vida tienen un impacto en la adherencia. Estos requieren el desarrollo de intervenciones focalizadas estas variables para mejorarlas y obtener los objetivos terapéuticos deseados"[3]

Desde esta perspectiva, el espacio de la consejería es una instancia fundamental para que las PVVIH puedan desplegar sus dudas, sus temores, sus preguntas, entre otros, para tomar sus decisiones en relación al TARV e incidir sobre su salud y calidad de vida.

De hecho, las sesiones de consejería al inicio del TARV resultan ser una herramienta fundamental y predictiva de la adherencia al tratamiento. Las PVVIH, a diferencia de personas afectadas por otras patologías, no

[3] N, Singh, c Squier, C Sivek, M WAGENER, m Hong Nguyen. " Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with Human Immunodeficiency virus; prospective assessment with implicaiones for enhancing compliance." AIDS CARE. 1996, Vol 8, N° 3, pp 261-269

experimentan síntomas, no se sienten “enfermos”, no identifican razones que justifiquen adherir a un tratamiento apremiante, que además implica efectos secundarios indeseables y molestos. La disponibilidad de información detallada y pertinente sobre TARV resulta esencial para que las personas visualicen los beneficios del mismo en el corto y mediano plazo.

Por su parte, Usieto (2001) afirma que las PVVIH necesitan más información, más diálogo y mejor atención para facilitar el cumplimiento terapéutico. En dicho propósito, el/la consejero/a (asesor) es una figura que ha cobrado especial relevancia en el área de cuidados y tratamientos. Su práctica requiere disponibilidad de tiempo y proximidad respecto de las personas. Si bien los equipos profesionales cumplen una labor de asesoría, las necesidades no cubiertas del usuario debido a sus límites de tiempo, saturación, estrés, y otras dificultades del sistema sanitario, hacen que las PVVIH busquen ayuda extra en personas que conozcan el problema en cuestión, tal como los/las consejero/as.

Asimismo, la literatura insiste en la necesidad de una formación especializada de los/las consejero/as. En Europa se recomienda una formación especial, dentro de un marco académico (post título, por Ejemplo) y, de no ser así, es preciso asegurar que existan personas altamente calificadas para capacitar a los/las consejero/as. Por otra parte, debido a los cambios frecuentes experimentados en los TARV y en los saberes acerca del VIH/SIDA, se requiere una actualización permanente de los conocimientos: se recomienda la realización de talleres experienciales, con metodologías activo- participativas (técnicas de juegos de roles, de intercambios de experiencias, dificultades encontradas, problemáticas especificas.)

1.2.2 Favoreciendo la adherencia desde las decisiones políticas: la necesidad de programas específicos

Logrado el acceso universal a los TARV, resulta fundamental generar mecanismos de apoyo a las PVVIH en sus posibilidades de asumir autónomamente su auto cuidado, entre los cuales destacan la implementación de un “programa de adherencia elaborado por un comité de expertos y aplicado por el personal de salud encargado de la atención integral, lo que permitirá disminuir las posibilidades de fracaso” (Kusunoki). El énfasis de este programa en un contexto de atención integral implica abarcar elementos importantes, además de un mayor suministro de TARV. Entre estos elementos figuran los siguientes: manejo clínico que incorpora diagnóstico temprano, incluyendo pruebas diagnósticas, tratamiento con antirretrovirales, uso racional de los medicamentos, seguimiento y adherencia; atención de enfermería; orientación y apoyo emocional; apoyo social mediante el apoyo de pares, servicio de bienestar social, servicios de apoyo comunitario, apoyo espiritual y asesoramiento legal. Las organizaciones que representan y apoyan a PVVIH han demostrado ser un recurso inestimable, aunque en muchos países tienen una necesidad imperiosa de reforzamiento.

El impulso a los programas de fortalecimiento de la adherencia debe organizar los procedimientos en el ámbito clínico a partir de enfoques teóricos pertinentes que consideren la importancia de los procesos internos de naturaleza cognitivo-emocional- comportamental. Parker y col. (S/F) indican que los componentes de conocimientos, actitudes y habilidades han estado en el centro de la mayoría de los modelos cognitivo- conductuales que han guiado la investigación de intervenciones en VIH/SIDA, y existe una creciente evidencia que documenta que muchas de las intervenciones cognitivo- conductuales basadas en estos modelos han producido resultados importantes (National Institutes of Health 1997). Al mismo tiempo, sin embargo, se ha identificado una serie de asuntos sociales y culturales más importantes en el condicionamiento de las respuestas cognitivo- conductuales al VIH/SIDA, y ha emergido la necesidad de ensanchar la base de los enfoques cognitivo conductuales.

Además del desarrollo de estudios de intervención basados en teorías cognitivo- conductuales, existe una creciente atención sobre un número de teorías de influencia social que buscan explorar el modo en que los cambios en las normas y en los ambientes sociales pueden influir en las modificaciones del comportamiento individual. Por ejemplo, la utilización de estudios de intervención de la Teoría de la Acción Razonada en VIH/SIDA ha hecho un importante énfasis en el reconocimiento de las formas en las que las normas sociales estructuran y condicionan los cambios por parte de los individuos (Ajzen y Fishbein 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Fishbein 1991).

Las Teorías del Aprendizaje Social y de la Acción Social se han concentrado en los componentes contextuales y de retroalimentación que deben considerarse al diseñar modelos de intervención, enfocándose en la importancia de las interconexiones y los intervínculos de los individuos respecto de la definición de las intenciones y los objetivos conductuales (Bandura 1977; Ewart 1991). Inspirándose en las ideas surgidas en la investigación de dichos factores, muchos de los modelos desarrollados a partir de las dimensiones cognitivas del cambio conductual en VIH/SIDA, han sido revisados y adaptados para acomodar factores contextuales, sociales y culturales que influyen en el comportamiento de riesgo y en la modificación de comportamientos (Catania, Coates y Kegeles 1994).

En el ámbito de la adherencia a TARV, estos esfuerzos teóricos relevan la necesidad de tener una comprensión integral del proceso que involucra a una PVVIH que es apoyada para que sea ella quien asuma el protagonismo de su régimen de autocuidado. Como es lógico, ello implica revisar los modos de articulación entre los niveles de gestión y político de la programación y la tensión histórica que mantiene con el nivel técnico o de intervención clínica: al considerar que la adherencia depende de procesos internos, particulares y contextuados que no obedecen necesariamente a estandarizaciones ni a los ritmos impuestos por los plazos, metas y expectativas de resultados urgentes planteados desde las políticas públicas, emerge un foco de tensión que implica un interesante desafío en la perspectiva de continuar en el avance hacia la efectividad de las acciones con PVVIH.

1.3. Modelos y estrategias de intervención

A continuación, se desarrolla una aproximación a tres modelos de trabajo, el primero de ellos refiere a las modalidades de consejería; los otros se relacionan con vertientes que si bien están presentes en algunas expresiones del trabajo con PVVIH, aún no reciben una atención fundamental: las comunidades de práctica y los grupos de ayuda mutua, cuya mención resulta relevante desde el punto de vista del funcionamiento de los sistemas que soportan la práctica del/la consejero/a: de un lado, el entorno del equipo de salud y del otro, la agrupación de PVVIH, para los cuales el Modelo Asociativo postula una relación de complementariedad. En su parte final, se destacan algunas implicancias del voluntariado como estrategia de intervención social.

1.3.1. La Consejería[4]

El concepto de consejería surge a partir del término anglosajón "counseling" utilizado para designar una relación entre dos o más personas que se enfoca al orientar, ayudar, informar, apoyar y tratar. H. B. Y A. C. English definen la consejería como "una relación en la cual una persona intenta ayudar a otra a comprender y a resolver los problemas a los cuales se ve enfrentado"[5]. A pesar de sus numerosas definiciones, existe consenso en señalar que la consejería es un proceso que se realiza en un lapso de tiempo aunque éste sea breve. Se desarrolla sobre varias secuencias y no puede ser reducida a una única intervención; tiene como objetivo el propiciar un cambio o el mejoramiento del estado psicológico del solicitante; puede ser individual o grupal.[6]

La traducción literal del término "counseling": consejería, alude en castellano al "consejo", llamando a connotaciones más centradas en acciones verticalistas y por tanto autoritarias, lejanas a la esencia de la relación que busca la consejería. Dado esto, en la literatura actual se puede aludir a la consejería bajo varios nombres entre ellos: Relación de Ayuda, Coaching (entrenamiento de habilidades), Asesoría, Asesoría psicológica, facilitación del cambio, siendo común a todos los enfoques el hecho que la ayuda que se pretende dar "no está en el 'consejo', sino en la habilidad de enfocar un problema mediante preguntas, para que en la persona se produzca un proceso de reflexión hacia el problema que causa la crisis"[7]. Sus objetivos serán principalmente, los de fomentar la autonomía de las personas respecto a su ambiente social, laboral y cultural y brindar herramientas para que pueda afrontar situaciones que producen alteraciones a su bienestar y desarrollo.

La consejería se diferencia de la psicoterapia en su valorización del medio ambiente y de ciertos contextos específicos de vida que son por sí mismos

---

[4] Basado en el texto de Arriagada, P. y González, G.: "Consejería y Autocuidado". Postítulo "Intervención con familias en situación de extrema pobreza". Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. 2004.

[5] H. B. Y A. C. English, *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, New York, Ed. David Mac Kay & Co., Inc., 1958, p. 127. Citado en Tourette- Turgis, Catherine. "La Consejería: Teoría y Práctica". Ediciones Que sais-je?. Julio 1996.

[6] Tourette- Turgis, Catherine. Op. cit..

[7] Consejería Familiar. Dr. Carlos González Salamea. En: http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/consejeria.pdf , 12 de julio 2004.

causa de sufrimientos para los individuos e incluso para comunidades enteras. Surge en el marco del "… aumento de los fenómenos de exclusión, el incremento de la pobreza y la estigmatización social donde la demanda se centra en la solicitud de ayuda para sobrevivir, para enfrentar situaciones de inmensa angustia a consecuencia de la acumulación de situaciones como la notificación de la seropositividad, la pérdida de empleo, el fallecimiento de un ser querido, la supresión de recursos, la notificación de expulsión de territorio. La urgencia concreta de estas situaciones predomina sobre el tiempo de elaboración psíquico necesario".[8]

En la perspectiva de establecer diferencias entre el psicoanálisis y la consejería, si el primero constituye un método de tratamiento de las neurosis donde la realidad está sujeta a procesos de interpretación y reinterpretación, la consejería constituye más bien una acción orientada a la resolución de los problemas de cualquier persona confrontada a una situación problemática. Es la búsqueda activa de integrar la realidad en la demanda lo que sitúa a consultante y consejera en una posición diferente de la escucha analítica, exigiendo al consejero/a conocimientos anteriores o una formación complementaria en el campo específico en el cual interviene. El/la practicante de consejería debe asimismo disponer de competencias para informar y orientar, es decir, cumple una función de acompañamiento psicológico y social.[9] La situación de ayuda, no sólo apunta a procesos psicológicos internos, sino que debe lograr que la persona se integre en sus diferentes dimensiones de vida. La relación de ayuda se extiende del ámbito individual y psicológico al ámbito social y colectivo, es decir, en lo familiar, lo comunitario. Desde esta óptica, la ayuda tiene un carácter psicosocial.[10]

Sin embargo, entendiendo a los sujetos entramados en la complejidad socio-cultural, complejidad que se despliega sólo desde sus efectos en los mismos, la consejería siempre buscará mediar entre la subjetividad y su relación con el mundo. Es la situación "en" el sujeto el campo de acción posible de la consejería.

La consejería, forma de acompañamiento psicológico y social, designa una situación en la cual dos personas entran en relación, una de las cuales recurre a la otra solicitándole un apoyo con el fin de tratar, resolver, asumir uno o los problemas que la aquejan[11]. El /la consejero/a, lejos de dar "consejo" apoya al otro en su búsqueda de respuestas creando un espacio de conversación con otro u otros, espacio en el cuál, a través de su intervención y de la disposición de la que acude a pedir ayuda, se generan condiciones favorables para potenciar la reflexividad.

[8] Tourette- Turgis, Catherine. Op. cit.
[9] Tourette- Turgis, Catherine. Op. cit.
[10] Manual: formación de Facilitadores para la Reconstrucción Psicosocial de Proyectos de Vida". Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez (UNESR), Centro de Experimentación para el Aprendizaje Permanente (CEPAP), 2000
[11] Tourette- Turgis, Catherine. Op. cit.

1.3.1.1. Corrientes teóricas

Existen diversas corrientes teóricas en la consejería difiriendo unas de otras principalmente por las concepciones que sus representantes tienen del ser humano, de la naturaleza de su sufrimiento, de los objetivos de la relación de ayuda, de las técnicas empleadas, de la naturaleza de la relación terapéutica y de los tipos de clientes a los cuales este tipo de ayuda está particularmente adaptado.[12] Es posible agrupar a la mayoría de estas corrientes en dos vertientes: las relacionadas con las teorías del comportamiento y las que se relacionan con las teorías de la personalidad.

a) Enfoque cognitivo- comportamental

La consejería cognitivo- comportamental se ha desplegado más en las áreas de la salud, de la prevención y de la educación especialmente orientada hacia públicos que sufren de una pérdida o de un déficit de sus capacidades adquiridas (públicos con dificultades, categorías de edad fragilizadas, públicos del área de la salud y de la prevención, públicos en situación de precariedad y estigmatización). Los principales autores de referencia practicantes de la consejería cognitivo- comportamental son Beck, Bandura y Ellis.

El aporte principal de la *Teoría Cognitiva,* desarrollada a partir de los trabajos de Beck (1959) se centra en el haber destacado el rol de las cogniciones conscientes y luego preconscientes en los sujetos depresivos. A partir de esto dedujo que los desórdenes emocionales eran la consecuencia de pensamientos automáticos negativos e irrealistas y de un diálogo interno cuyos postulados eran depresógenos. La intervención terapéutica más que centrarse en el comportamiento se orienta a modificar los pensamientos, los sistemas de creencias y las expectativas del sujeto.

Por otro lado, Bandura en su *Teoría del aprendizaje social* (1969, 1977) afirma la interacción entre el comportamiento externo, la persona y el medio ambiente y el aprendizaje a través de la observación y la imitación de modelos que pueden ser reales, simbólicos o imaginarios.

Finalmente, Albert Ellis desarrolló l*a Terapia emocional racional* (1962) donde afirma que toda perturbación emocional es el resultado de un pensamiento irracional e ilógico que se presenta en forma de sentencias interiorizadas o de símbolos verbales.

El principal acento que aporta Ellis a la comprensión del sufrimiento es el plantear como su principal causa la apreciación que el sujeto hace de la situación más que la situación en sí misma. Por tanto, el/la consejero/a se aboca a modificar el sistema de creencias de la persona, a lo cual no estamos acostumbrados en nuestra sociedad. El objetivo central de las terapias cognitivo- comportamentales es "entender cómo el individuo construye su

[12] Tourette- Turgis, Catherine. Op. cit.

percepción y su conocimiento de la realidad, cómo toma decisiones a partir de múltiples opciones y cómo actúa y se comporta frente a la realidad."[13]

Los principales campos de aplicación de la consejería cognitivo-comportamental han sido el tratamiento de la ansiedad, de las fobias, de las reacciones post-traumáticas, de los problemas sexuales, de las toxicomanías, de las dependencias y sobre todo, en los países anglosajones, se ha convertido mayoritariamente en psicología de la salud y medicina comportamental.[14]

b) Corriente psicoanalítica

Los principales autores de referencia de este enfoque, junto a Freud, son los neofreudianos: Adler, Carl Jung, Otto Rank, Wilheim Reich, Karen Horney, Harry Stack Sullivan; junto a los que se les ha considerado como los partidarios de la psicología del yo: Hartmann, Anna Freud, Rappaport, Erickson. A estos autores se suma la influencia más reciente de Heinz Kohut, en sus trabajos clínicos centrados en el tratamiento psicoanalítico de trastornos narcisistas de la personalidad y los estados traumáticos.

"... Kohut atribuye al malestar existencial y a los sufrimientos de los individuos el debilitamiento de las fuerzas sociales para asegurar funciones de apoyo. Rehabilita el narcisismo y critica la idea profundamente anclada que consiste en privilegiar el amor de objeto por el amor de sí mismo. La inversión de sí mismo es tan condenada en nuestras sociedades que las nociones de altruismo y de sacrificio de sí mismo son consideradas como valores superiores. Así, numerosos trastornos de la personalidad se producen, según Kohut, por el debilitamiento o daño del narcisismo primario. La autoestima se regula en los primeros años de la existencia gracias a la construcción gradual y progresiva de las estructuras internas que tienen a cargo las funciones desarrolladas por el objeto narcisista. Terapeutas y practicantes de consejería que trabajan en el campo de la infección por VIH se apoyan en la obra de Kohut para acercar la experiencia subjetiva de profunda desestabilización de sí mismo provocada por la infección por VIH".[15]

En general se puede plantear que las teorías psicoanalíticas entienden al ser humano en un continuo conflicto entre dos principios: el principio de placer y el principio de realidad, estando el primero más ligado a lo inconsciente y el segundo a lo consciente. Del establecimiento del principio de realidad dependerá la adaptación del ser humano al mundo a través de un yo organizado. Esta evolución siempre conllevará dificultades y renuncias.[16] Junto a ello, la personalidad se propone como compuesta de tres instancias: el Ello, el Yo y el Super Yo. En síntesis, la personalidad del individuo se compone de un Yo conflictuado por las exigencias del Ello y las prohibiciones del super Yo.

[13] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit
[14] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit
[15] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit
[16] Colón Morales, Ursula M., "Técnicas de Consejería" Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan, Puerto Rico

A nivel de la práctica, la consejería psicoanalítica fue definida por Michael J. Patton y Naomi M.Mean en su *obra La consejería Psicoanalítica* como “la adaptación libre y deliberada, realizada por un practicante de consejería, de las ideas y las técnicas psicoanalíticas con el fin de ayudar a sus clientes a enfrentar situaciones difíciles y a efectuar cambios en la realidad en la cual viven”. Serán las necesidades momentáneas del cliente y su nivel de desarrollo lo que determina el número, la frecuencia y la duración de las entrevistas conducidas cara a cara. [17].

c) Consejería Existencialista

El enfoque existencialista enraíza sus fundamentos teóricos en la filosofía, psiquiatría, psicología y la teología. Se orienta principalmente a comprender al ser humano en sus formas de ser en el mundo y en sus emociones poniendo el acento en la "experiencia subjetiva que la persona hace de su propia vida cada día y que es diferente de la realidad objetiva.

"Para el/la consejero/a que se inscribe en esta corriente, se trata de ayudar a la persona a desarrollar y a consolidar sus capacidades personales para afrontar las pruebas de la vida y motivarlo para que viva de acuerdo a sus propios criterios y valores incitándolo a adquirir una comprensión clara de los valores e ideales sobre los cuales su vida se funda para ser y actuar. Esto consiste en centrarse en la vida de la persona más que en su personalidad."[18]

Para este enfoque "el ser humano es responsable de sus actos y puede llegar a ser más feliz confrontándose a la realidad. La elección de su posición en el mundo le pertenece aún si otra persona lo ayuda a encontrarla. La única realidad que pertenece a los individuos es la realización de sus proyectos. La condición del ser humano es superar el existente aún si una vez alcanzado este estado, se dé lugar a un vacío que constituya por sí mismo otro punto a superar. No puede jamás renunciar a su libertad. "Los partidarios de esta corriente, poniendo más el acento en la vida que en la persona, dan una imagen del ser humano como la de un ser que puede enfrentar la vida si acepta su inseguridad ontológica y obtiene de ella el valor de ser para hacerse cargo permanentemente del sentido de su vida."[19]

Los principales autores de referencia son Soeren A. Kierkegaard, Ludwig Binswanger, Eugène Minkoswski, Paul Tillich, Martin Heidegger, Jean Paul Sartre, Victor E. Frankl y Rollo May.

Un aspecto importante de la práctica de la consejera que se inscribe en este enfoque es que más que poner el acento en la interacción entre el "ayudador" y el cliente lo pondrá en el encuentro del cliente consigo mismo. Más que buscar que el cliente reconstruya sus relaciones anteriores o a los otros en la relación con la consejera, el enfoque existencial considera que la relación que el cliente establece con el ayudador es una expresión de la relación que él establece consigo mismo.

[17] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit..
[18] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit
[19] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit.

Otro aspecto diferenciador reside en que en lugar de centrarse en el aprendizaje de nuevas competencia o cogniciones, o intentar erradicar un síntoma, busca develar con el cliente el contexto existencial más amplio de su situación a fin que él pueda tocar el conjunto de otros fenómenos que rigen y definen su existencia. El cliente es invitado de hecho a confrontarse a sí mismo y a su vida y esto requiere de un profundo compromiso de su parte y del ayudador.

d) Consejería centrada en la persona

El principal autor de referencia es Carl Rogers[20], quien plantea que "los individuos tienen por naturaleza tendencia a evolucionar hacia la autonomía, la socialización y la realización de sí. En esta óptica, la consejería busca lograr un reencuentro de la persona con sus capacidades, sus fuerzas y su potencial existente."[21]

La principal concepción del ser humano aportada por este enfoque plantea que los individuos tienen la capacidad en ellos mismos de desarrollar y regular su propio comportamiento y que su tendencia básica es hacia el crecimiento, a la madurez, a la salud y a la adaptación. El papel del/la consejero/a será por tanto facilitar este proceso, poniendo el acento en los aspectos afectivos y las vivencias de la persona más que en los problemas mismos.[22]

El/la consejer/oa debe entonces trabajar con la percepción del mundo de su cliente ocupando como principal competencia la empatía, es decir el intento de comprensión íntima del mundo interno del cliente, renunciando a toda pretensión de realidad objetiva y haciendo abstracción de su propio universo de referencia sin perder contacto con él.

El rol de la empatía en la entrevista será primordial, determinando ciertos procesos:

- El cliente comienza a sentirse como una persona suficientemente importante para que alguien haga el esfuerzo de comprenderlo. Aquí la empatía tiene el efecto de restaurar la autoestima.
- El cliente puede aceptar experimentar el abandono de algunos mecanismos defensivos en una relación donde alguien se esfuerza en comprender su punto de vista.
- Tomar conciencia de determinadas emociones, sobre todo aquellas poco valorizadas socialmente, como la rabia, el miedo, el desánimo y darse cuenta que no pierde la estima de la consejera, permite al cliente pasar a otros niveles de comprensión.[23]

[20] Rogers, Carl. (1978) Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid: Narcea.
[21] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit
[22] Colón Morales, Ursula M., "Técnicas de Consejería" Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan, Puerto Rico
[23] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit

Junto a esto, se exige "congruencia" en la consejera significando esto como un llamado a actuar auténticamente, entendiendo que esto facilita el cambio en el otro. "Hemos forjado la palabra "congruencia" para tratar de describir este estado. Entendemos en ese sentido que los sentimientos experimentados por el terapeuta le son disponibles, conscientemente disponibles y que es capaz de vivirlos, de ser estos sentimientos, que es capaz de comunicarlos en el momento oportuno".[24]

La expresión de sentimientos auténticos por parte de la consejera favorece a su vez la posibilidad de que el cliente entre en contacto con sus propios sentimientos. El encuentro se favorece al despojar a la consejera de neutralidad dotándola de humanidad y revelándose frente al cliente como un ser dotado de afectos, sentimientos, sentidos propios, pudiendo constituir de hecho un modelo de identificación positivo para su cliente.

Otra actitud básica del/la consejero/a desde esta perspectiva será la "aceptación o la mirada positiva incondicional." Esto implica experimentar una actitud cálida, positiva y receptiva hacia el cliente.

Finalmente una tarea crucial del/la consejero/a será volver a dar el poder al cliente. "No se trata de que el ayudador intente reducir a cualquier precio sus propios impulsos de intervenir sino más bien centrarse en la tendencia de su cliente a ampararse en él y resistir este proceso. Volver a dar el poder al cliente es el verdadero sentido de la orientación no directiva que, en nuestra cultura autoritaria y jerárquica, ha sido falsificada y asociada al "laisser-faire" (dejar hacer). De hecho, lograr que el cliente llegue a considerarse como el principal juez y árbitro de su vida requiere de un conjunto de actividades e intervenciones de parte del ayudador."[25]

1.3.1.2. Lineamientos del Modelo de Consejería Asociativa

A) Consejería en VIH/SIDA[26]

La consejería es definida como; “un diálogo confidencial entre un(a) usuario(a) y un(a) consejero(a), cuya finalidad es contribuir a que el/la primero(a) supere su estrés y tome decisiones relacionadas con el VIH/SIDA” (ONUSIDA, 1997).

La consejería permite el fortalecimiento de la prevención, la toma de decisiones informadas relacionada con el VIH/SIDA y favorece que las PVVIH acepten y enfrenten de mejor manera su situación. (ONUSIDA; 1997).

---

[24] Rogers, Carl. "El Desarrollo de la persona". París, Dunod, 1982, p.48. Citado en Tourette-Turgis, Catherine. "La Consejería: Teoría y Práctica". Ediciones Que sais-je?. Julio 1996

[25] Tourette- Turgis, Catherine. Op. Cit

[26] Extractado de "Bases de licitación pública. Evaluación Fase 1 del Proyecto 'Fortalecimiento de la Asociatividad entre los Equipos de Salud VIH y las Agrupaciones de PVVIH para apoyar el Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria del VIH'". CONASIDA-VIVOPOSITIVO. Componente de Atención Integral – CONASIDA, 2006.

Entre sus objetivos principales se encuentra la reducción del estrés psicológico, la prevención de la transmisión del VIH y las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, el mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida, el apoyo a la adherencia a tratamientos antirretrovirales y la minimización de la necesidad de hospitalización y otros cuidados institucionales.

La consejería tiene una duración y objetivos más precisos y una función social que la diferencia de la psicoterapia (Tourette-Turgis, 1996). En este sentido la consejería constituye un proceso breve -focalizado y dirigido- donde la persona toma sus propias decisiones, incorporando la entrega de información atingente, veraz y completa sobre el tema que se trabaja en el marco de esta actividad.

Entre las expresiones más conocidas de la consejería se encuentra la de apoyo a la toma de decisiones relacionadas con la toma del examen de detección del VIH, la entrega de resultados del examen, el apoyo al autocuidado y a la adherencia a tratamientos y la toma de decisiones respecto al inicio de este. Puede ser realizada por profesionales de salud o integrantes de organizaciones sociales capacitados.

B) Características de la consejería para el VIH/SIDA.[27]

Para lograr los objetivos de dar apoyo emocional y facilitar el comportamiento preventivo, la consejería precisa (OPS/OMS)

- Ser confidencial y personalizada;
- Responder a las necesidades del usuario facilitando la toma de decisiones;
- Ser un proceso fortalecedor que permita al usuario tomar responsabilidad plena de las decisiones que directamente afectan su vida, la de sus familiares y la de su comunidad.

Realizar consejería implica compartir la información, recursos y opciones disponibles, a través de un diálogo horizontal que implica un trabajo conjunto en el cual tanto el/la consejero/a como el usuario aprenden, intercambian y se enriquecen (Ortiz, 1996; Carballo). Ortiz (1996) propone el lugar del/la consejero/a como el lugar de la pregunta y no el del conocimiento, definiendo de manera interesante a la consejería como el arte de formular la pregunta correcta. (Ortiz, 1996)

“El verbo que mejor sintetiza la tarea del profesional es "facilitar"; facilitar conocimientos, instrumentos, herramientas, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias, alternativas,... tanto al usuario como a su entorno. Por otro lado, el verbo que más se acerca a la tarea básica del usuario es "conducir"; conducir su proceso, sus cambios comportamentales, su salud y sus decisiones respecto a ella.” (Bimbela)

C) Acciones generales implicadas en la consejería para el VIH/SIDA[28]

[27] Consejería para VIH/SIDA. Documento de trabajo. CONASIDA, 2002.
[28] Ibid.

Entre las acciones generales sugeridas desde la OPS/OMS encontramos, entre otras:

- Contribuir a reducir la ansiedad, para facilitar el proceso de reflexión, toma de decisiones y acción para el cambio.
- Apoyar la evaluación de riesgos asociados al VIH/SIDA.
- Facilitar el análisis de las ventajas, desventajas y consecuencias asociadas al tema a desarrollar en la consejería.
- Ampliar las opciones y alternativas posibles del usuario, facilitando el análisis de pros, contras y consecuencias.
- Entregar información precisa, concisa y relevante.
- Apoyar al usuario en la construcción e implementación de un plan de acción individual.
- Facilitar la derivación a servicios que el usuario requiera.

D) Modalidades generales de la consejería en VIH/SIDA en función de grupos objetivo[29]

Se describen diversas poblaciones particulares en las cuales es preciso contar con un modelo particular de trabajo. En esta misma línea, se encuentran modalidades particulares de consejería referidas a la atención de más de una persona a la vez.

i. Consejería a niños y adolescentes: Se considera la necesidad de trabajo tanto en los niños que viven con VIH como en los que tienen a uno o dos de sus padres afectados por el virus; en situaciones tales como la de ver enfermar o fallecer a sus padres, la discriminación, la ansiedad vinculada al vivir ellos mismos con VIH y, en los mayores, apoyo en relación a la vida sexual y conductas de riesgo. (ONUSIDA, 1997) En la consejería de prevención para adolescentes, se ha definido como un reto el logro del equilibrio entre el respeto a la confidencialidad y las responsabilidades legales para con la familia del adolescente usuario. La consejería para adolescentes requiere habilidades comunicativas y manejo de la cultura juvenil (OPS/OMS).

ii. Consejería a Mujeres: se han desarrollado algunas experiencias de trabajo especialmente dirigidas a las mujeres, en atención a las condiciones de desigualdad de género que precisen un apoyo más específico a las posibilidades y habilidades de negociación de la prevención, a la necesidad de focalizar el autocuidado, o en relación a la prevención de la transmisión vertical.

iii. Consejería a las mujeres embarazadas: se facilita la prevención de la transmisión vertical al niño, al permitir ofrecer el examen a las mujeres e informar y apoyar la implementación de protocolos para la prevención de la transmisión materno infantil disponibles y útiles en cada región (tratamientos, cesárea electiva, interrupción de la lactancia materna). Estas estrategias pueden incorporar a la pareja de la mujer para potenciar la prevención en ambos. Una modalidad particular la constituyen las mujeres que viven con VIH que desean embarazarse, en las que la consejería puede facilitar la toma de decisiones informada sobre la conveniencia o no de quedar embarazadas, y los

[29] Consejería para VIH/SIDA. Documento de trabajo. CONASIDA, 2002.

medios de prevención de la transmisión vertical disponibles en cada país. (ONUSIDA, 1997)

iv. Consejería a la pareja: Esta modalidad ha sido desarrollada en algunos países, cuando sus dos miembros acuerdan asistir juntos para resolver alguna dificultad relativa a la prevención, cuando una persona solicita la atención de su pareja en el contexto de la realización del examen, y en el contexto del "consejo prematrimonial" en los países que lo realizan. (ONUSIDA, 1997)

v. Consejería grupal: este modelo es adecuado en el contexto de una línea de "educación grupal", con énfasis en la entrega de información sobre la transmisión, riesgos, test de detección y prevención. Las características que se han descrito para el ejercicio de la consejería grupal son (ONUSIDA, 2001):

- Identificación clara de los participantes.- definir a los participantes en función de un objetivo común.
- Confidencialidad.- comprometer la confidencialidad por parte de los participantes sobre lo que se dice en la sesión.
- Grupos pequeños.- definir un número menor a 20 personas.
- Lenguaje.- acordar un lenguaje común y utilizar un lenguaje claro.
- Estructura del grupo.- favorecer la distribución en círculo.
- Disponibilidad de sesiones individuales de consejería para los participantes que así lo requieran.
- Ejercicio de habilidades particulares relacionadas con el manejo de grupos, como facilitación de la participación de todos, manejo y contención emocional, tolerancia, sintetizar, etc.

E) Areas de abordaje de la Consejería en VIH/SIDA[30]

El documento "Modelo de Consejería Asociativa" ofrece un conjunto de definiciones básicas sobre ámbitos relevantes de la presente evaluación:

i. Autocuidado: se entiende como la adopción por parte de una PVVIH de las medidas necesarias para favorecer el bienestar físico y psicológico en un proceso dinámico y amplio que se encuentra presente a lo largo de la vida de los individuos. Este proceso de Autocuidado involucra diversas dimensiones: física, espiritual, cognitiva, emocional, política, económica y social. El desarrollo de acciones orientadas al propio cuidado de las personas que viven con VIH, en las dimensiones señaladas, favorece lograr un mejoramiento en la calidad de vida y en su entorno. Un(a) Consejero(a) entre Pares puede dar orientación en los siguientes temas referidos al Autocuidado:

- Funcionamiento del Programa de Atención a PVVIH en el Sistema Público de Salud.
- Derechos de las PVVIH.
- Orientación sobre exámenes de monitoreo.
- Alimentación saludable.

[30] Tomados del Documento de Trabajo "Modelo Consejería Asociativa para el Autocuidado, Adherencia a Tratamiento Antiretroviral y Prevención Secundaria del VIH/SIDA y las ETS/ITS; VIVOPOSITIVO-CONASIDA; Componente de Atención Integral; 2005".

- Hábitos higiénicos saludables.
- Apoyo emocional.
- Información y prevención del desarrollo de Enfermedades Oportunistas (E.O).

ii. Adherencia a TARV: Se entiende como el compromiso activo de una PVVIH en relación a su tratamiento antiretroviral y la asistencia oportuna a sus controles de salud y exámenes de monitoreo. En este compromiso intervienen varios factores relacionados con la propia persona, con el tratamiento, con el equipo de atención integral, con el apoyo o soporte social de los pares y con el acceso oportuno a los tratamientos antiretrovirales. La adherencia tiene entre sus objetivos evitar el fenómeno de la resistencia, es decir, reducir la necesidad de cambiar de esquema farmacológico. Un(a) Consejero(a) Entre Pares puede dar apoyo en los siguientes temas referidos a la Adherencia:

- Preparación para el Inicio de tratamiento.
- Enfrentamiento de posibles molestias al inicio de la terapia antiretroviral.
- Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales.
- Promoción de asistencia y participación activa en controles médicos.
- Acceso a información sobre tratamientos antiretrovirales.

iii. Prevención secundaria: se entiende como el conjunto de acciones destinadas a involucrar a las PVVIH en la temática del VIH/SIDA, con el propósito de disminuir los efectos negativos del VIH, a través del desarrollo de la gestión de riesgo en el marco de la vivencia plena de la sexualidad, para evitar la adquisición de ITS y readquisición y/o transmisión del VIH, centrándose en su vulnerabilidad, el uso correcto del condón, a través de la evaluación y promoción de su uso. Un Consejero/a entre Pares puede dar orientación en los siguientes temas referidos a la Prevención Secundaria:

- Sexualidad – vida sexual en PVVIH.
- Uso correcto y sostenido del condón y lubricante a base de agua.
- Prevención de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual (ETS/ITS).
- Prevención de la re-adquisición e impacto de otras infecciones.
- Vías de transmisión del VIH.
- Promoción de asistencia a especialidades médicas según requerimientos personales.

iv. Gestión del riesgo: es un proceso que corresponde al conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias de autocuidado. Es un proceso dinámico que permite ser analizado en determinados momentos, evaluando su eficacia y eficiencia, por la persona, con el propósito de desarrollar la autonomía y el compromiso con las conductas desarrolladas.

v. Vulnerabilidad: es la condición resultante de la restringida y/o nula presencia de información, soportes sociales, económicos, políticos y de acceso a asistencia en salud con las que cuentan las personas. De esta manera, ser

vulnerable, en el contexto del VIH/SIDA, es tener escaso y/o ningún acceso a información correcta, asistencia médica, apoyo social, legal y/o control sobre el riesgo de adquirir VIH, ETS/ITS; el reconocimiento de esta condición involucraría efectuar un proceso de gestión de riesgo.

F) Trabajo asociativo

Este concepto constituye la plataforma del modelo de implementación de la consejería asociativa. Se fundamenta en el trabajo conjunto y colaborativo entre el Estado y la Sociedad Civil, materializado en el acuerdo entre la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de PVVIH, VIVO POSITIVO, de realizar acciones conjuntas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH).

En este marco, es que se ha impulsado el desarrollo de Programas Locales de Consejería Asociativa, diseñados, elaborados y ejecutados de manera conjunta entre los Equipos de Atención Integral del Sistema Público de Salud y las Agrupaciones y Organizaciones de PVVIH/SIDA integrantes de la Red de VIVO POSITIVO.

G) Estrategias de apoyo en consejería a PVVIH para autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria

i. Consejería desde el Equipo de Atención Integral: Es la actividad de consejería a consultantes ejecutada por los integrantes del equipo de atención en salud a PVVIH capacitados en información y apoyo para el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria.

ii. Consejería Entre Pares: Es la actividad de consejería a PVVIH ejecutada por personas que viven con VIH capacitadas en información y apoyo para el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria.

iii. Consejería asociativa: es una instancia de coordinación y retroalimentación entre los/las consejero/as/as del equipo de atención integral y los/las consejero/as/as entre pares, con el fin de potenciar y complementar los efectos de las intervenciones de cada uno en consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaría a las PVVIH. Se desarrolla a partir de un programa de trabajo conjunto que considera la coordinación entre la consejería de los equipos de atención integral y la consejería entre pares que se implementa en cada Centro de Atención Integral a PVVIH que participa del proyecto.

1.3.1.3. Competencias y condiciones en Consejería en VIH/SIDA

En base a los contenidos de formación y capacitación entregados a los/las consejero/as entre pares, se propone una definición de conceptos que serán referencia para el enfoque evaluativo de competencias[31] del/la consejero/a entre pares.

A) Características generales del/la consejero/a/a en VIH/SIDA[32]

El rol de consejero es el de acompañar al consultante en procesos relevantes asociados al VIH/SIDA tales como la gestión del riesgo o la adherencia a tratamientos, facilitando el desarrollo de las capacidades internas de cada persona, que le permitan tomar decisiones libres e informadas. De esta manera, se espera que las personas que implementan la consejería desarrollen capacidades que les permitan:

- Respeto por las personas y sus estilos de vida.
- Conciencia de los propios prejuicios.
- Motivación personal.
- Calidez y cercanía.
- Acoger y validar sentimientos del otro.
- Capacidad de empatía.
- Manejo de lenguaje coherente
- Reconocer y validar sus propios sentimientos.
- Tolerancia frente a la frustración.
- Controlar el sentimiento de omnipotencia.
- Reconocer las propias limitaciones.
- Capacidad de generar y formar parte de una red de contención.
- Disposición para trabajar en equipo.
- Capacitación permanente.

B) Capacidades implicadas en la labor de Consejería en VIH/SIDA

i. Escucha activa: implica atender a lo que se dice (contenido verbal de la comunicación) y cómo se dice (contenidos paraverbales y no verbales); mantener el contacto visual; y darle tiempo al usuario para preguntar y hablar, sin interrumpirlo y respetando las pausas y silencios. Es importante transmitir señales claras de que se está prestando atención y comprendiendo, tales como asentir, mirar directamente, y hacer sonidos de escucha.

ii. Resonancia: identificar contenidos y parafrasear: capacidad para repetir, resumir y decir con otras palabras lo que ha dicho el usuario, lo que facilita la clarificación de lo que el consultante está experimentando y pensando, le refuerza su percepción de sentirse escuchado, y permite hacer un chequeo que evalúe la adecuada comprensión que se esté obteniendo en la conversación. Hacer resonancia se entiende como la repetición literal, pero en forma de pregunta, de alguna frase o palabra sobre la que parece necesario detenerse.

[31] Adaptado de "Consejería para VIH/SIDA". Documento de trabajo. CONASIDA, 2002.
[32] Material de Capacitación a Consejeros entre Pares, Modelo de Consejería Asociativa. CONASIDA, 2004.

Constituye una invitación para que el usuario se detenga a analizar algún elemento de su discurso, facilitando su reflexión.

iii. Empatía: hace referencia a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de comprender la experiencia de quien consulta desde su punto de vista. La empatía, o comprensión emocional de lo que le sucede al otro, facilita de manera importante la comunicación, al permitir la resonancia emocional y legitimar las emociones. El desarrollo de habilidades empáticas favorece la capacidad de dar apoyo y calidez cuando es necesario.

iv. Formular preguntas significativas y sondeo: La capacidad de formular preguntas que abran la conversación, permitan recabar información y clarificar lo que la persona dice, es una técnica fundamental sobre la que radica gran parte de la efectividad de la consejería. Se considera de gran importancia la realización de preguntas abiertas, que facilitan la apertura del dialogo, no por ello abandonando los aportes que las preguntas cerradas pueden entregar. El sondeo es un conjunto de preguntas abiertas, generales, que no inducen respuestas y se orientan a animar a los usuarios a profundizar en determinado punto.

v. Proveer información: brindar información correcta y comprensible, atingente a la situación vivida por el usuario. Es posterior a la escucha de inquietudes y preguntas, y requiere sondear lo que el usuario sabe y cree sobre el tema. Resulta fundamental utilizar términos y lenguaje apropiados y comprensibles.

vi. Sintetizar y establecer significados consensuados: Sintetizar cada cierto tiempo, y al finalizar la sesión, permite aclarar los temas discutidos. En este sentido conviene resumir la información, los datos importantes, los sentimientos expresados y los acuerdos que se hallan tomado durante la conversación para clarificar y rescatar los elementos centrales tratados. En el contexto del establecimiento del vínculo de trabajo, también se han descrito situaciones que conviene evitar, debido a que afectan negativamente la comunicación y la confianza, entre las que se mencionan: dar consejos; juzgar; atacar, negar y compadecer. (Lucas y cols., 1999)

vii. Asertividad[33]: capacidad verbal para resolver problemas directamente, implica aprender como defender los derechos personales, cómo expresar pensamientos, emociones y creencias en forma directa, honesta y apropiada sin violar los derechos de cualquier otra persona; Se vincula con un amplio grupo de habilidades, tales como la comunicación efectiva, iniciar y mantener conversaciones, la relación con la autoridad, la expresión de sentimientos positivos, capacidad para decir que no, hacer peticiones, expresar molestia.

C) Habilidades requeridas en la labor de Consejería en VIH/SIDA[34]

i. Habilidades Emocionales: Implica el reconocimiento, acogida y contención de los sentimientos del usuario a través de sus comunicaciones verbales y no

[33] Material de Capacitación a Consejeros entre Pares, Modelo de Consejería Asociativa. CONASIDA, 2004.
[34] "Consejería para VIH/SIDA". Documento de trabajo. CONASIDA, 2002.

verbales y la habilidad de reflejárselos para apoyar y facilitar su aceptación, reconocimiento y validación. Son habilidades dirigidas a trabajar sobre las propias emociones y las de los usuarios. Son necesarias antes, durante y después de establecer cualquier comunicación, facilitando la construcción de vínculo[35].

ii. Habilidades de Comunicación: implica un entrenamiento básico para desarrollar la capacidad de reconocer y manejar los niveles verbal (contenido, nivel digital, significados de los actos de habla, palabras) y no verbal (forma, relación, nivel analógico, elementos y señales corporales, gestuales, actitudinales, comportamentales) de la comunicación. Las habilidades principales en este sentido se relacionan con saber preguntar, escuchar activamente, observación atenta, manejo de la propia expresividad corporal, empatizar, sintetizar, retroalimentar y reforzar.

iii. Habilidades de Motivación para el Cambio de Conducta: se relacionan con la necesidad de apoyar determinados cambios en las conductas y hábitos del usuario, y se refieren a la capacidad de facilitar diagnósticos adecuados y apoyar la implementación de cambios en el usuario. En lo relativo a las habilidades de diagnóstico, es importante considerar el nivel de información que la persona maneja, las actitudes y opiniones, sus valores y creencias, las habilidades y destrezas que la persona posee, su nivel de acceso a recursos materiales y sociales necesarios para implementar el cambio de conducta deseado, las consecuencias y beneficios de los cambios que el usuario percibe, y el nivel de motivación.

D) Condiciones para la efectividad de la Consejería en VIH/SIDA[36]

La entidad ONUSIDA ha sistematizado los resultados de diversas experiencias, encontrando algunos elementos que se asocian a prácticas eficaces de la consejería para VIH, las que se mencionan a continuación (ONUSIDA, 1997):

- Selección cuidadosa de los aspirantes a consejer@s.
- Colocación laboral supervisada después del periodo de formación inicial, y el adiestramiento complementario tras un tiempo de experiencia profesional.
- Continuidad de los/las consejero/as ofreciéndoles un espacio suficiente y un horario laboral razonable, además de apoyo administrativo, profesional y de sus colegas.
- Creación de entornos apropiados para el asesoramiento, evitando un ambiente que impida al usuario expresar libremente sus preocupaciones personales; para la confidencialidad del usuario, y para asegurar que antes de hacer la prueba del VIH se cuente siempre con el consentimiento informado del usuario y se le ofrezca consejo.
- Sistemas de derivación que contacten a los servicios de consejería con consultorios médicos, y otros servicios que suelen prestar las ONG,

[35] Refiérase al enfoque de vínculo desarrollado en la sección siguiente.
[36] "Consejería para VIH/SIDA". Documento de trabajo. CONASIDA, 2002.

como los de apoyo social y jurídico y la asistencia de apoyo que brindan las comunidades religiosas.

E) Competencias básicas para una consejería en VIH/SIDA centrada en la persona

Si bien no abundan los estudios evaluativos sobre la implementación efectiva de las competencias implicadas en la labor de la consejería, la literatura disponible plantea propuestas sobre aspectos a reforzar y considerar en la formación de educadores de pares. Se revisará a continuación una evaluación de las competencias básicas en consejería que fueron evaluadas en un grupo de profesionales que atienden PVVIH.

En este estudio, Filgueiras y col. (1999) hacen referencia a las instancias de consejería grupal e individual. La consejería grupal o colectiva ofrece a los usuarios la oportunidad de redimensionar las dificultades y compartir dudas, sentimientos y conocimientos. La dinámica grupal también propicia en el individuo percibir su propia demanda, reconocer lo que sabe y siente, estimulando su participación en las atenciones individuales subsecuentes (MS, 1997c). En la consejería individual las situaciones personales son más trabajadas. Se entiende que la identificación de barreras que dificultan prácticas preventivas depende de la calidad de la relación construida entre los interlocutores en la consejería. El estudio consideró las siguientes dimensiones definidas como competencias básicas requeridas en la consejería:

1. *Receptividad y acogida*: son condiciones fundamentales de tener presente en la consejería, y se constató que están presentes en la mayoría de las prácticas de consejería individual. Los profesionales entrevistados reconocen que los usuarios necesitan sentirse apoyados y bienvenidos. Es necesario tener una sensibilidad ante el hecho que estos usuarios traen consigo una considerable carga de fragilidad y angustia personal.

2. *Actitud de escucha*: presupone la capacidad del profesional en:

a) propiciar un espacio para que el usuario pueda expresar aquello que sabe, piensa y siente en relación a su situación de salud
b) responder a las reales expectativas, dudas y necesidades de éste, y
c) prestarle apoyo emocional

Esta fue una de las destrezas de la consejería que se reveló como más problemática y precariamente cumplida. Se constató que la actitud de escucha se ve dificultada por temores de los/las consejero/as que apresuran la conversación para no tener que enfrentar preguntas sobre contenidos que no dominan. De este modo, por ejemplo, desechaban las oportunidades que el usuario daba en la conversación para buscar alternativas a partir de lo que decía o señalaba como importante. En el caso de la consejería colectiva surge el temor ante la posibilidad que algún participante monopolice la conversación con alguna información errada o no pertinente (como veremos más adelante, este rasgo se repite en la percepción de algunos de los profesionales entrevistados en los estudios de caso local).

En las pocas ocasiones en que los profesionales establecían una actitud de escucha, ésta se logra mediante el intercambio entre habla y escucha, indagar por el conocimiento previo y las creencias que determinan el actuar del usuario, dándose la posibilidad para que en este espacio compartido puedan modificarse y reelaborarse en un sentido positivo. De esta forma, el usuario puede identificar con más claridad sus propias demandas y reconocerlas como pertinentes, asumiendo como un derecho el manifestarlas y procurar respuestas en los servicios de salud.

Se plantea que la modalidad de interacción en la consejería colectiva debiera evitar el recurso a una metodología expositiva o de preguntas-respuestas y optar por una estrategia de conversación dinámica y horizontal, para favorecer el intercambio de habla y escucha entre participantes y facilitadores. Especial relevancia tiene rescatar los saberes previos que aunque no sean acertados constituyen directrices importantes del comportamiento: en la medida que se les da el lugar adecuado en la consejería, se abre la posibilidad de problematizarlas, con la consecuente motivación de los participantes como protagonistas de estos procesos de aprendizajes apropiados.

3. *Comunicación competente*: implica brindar información pertinente a las necesidades del usuario y en un lenguaje adecuado y comprensible. La adecuación del lenguaje busca favorecer la comprensión del contenido comunicacional, por ejemplo mediante el uso de metáforas, analogías, sinónimos y expresiones populares para traducir los términos científicos. Ambos interlocutores realizan un intercambio de significados que cada uno, a su vez, reconstruye internamente, alternando las posiciones de habla y escucha con un sentido de reciprocidad. El usuario es sujeto activo de la reconstrucción interpretativa del contenido informacional, recepción vinculada a significados culturales de sus propias vivencias. En definitiva, el contenido debe ser pertinente en cuanto su comprensión debe ser mediada por los valores y vivencias del destinatario, en un espacio posible de diálogo, encuentro y reciprocidad.

4. *Evaluación de riesgos y alternativas para nuevos hábitos*: hace referencia a:

a) dar información sobre riesgos orientada a la vivencia del usuario;
b) identificación de estrategias preventivas viables;
c) orientación y demostración en el uso del preservativo;

Este punto hace referencia a las oportunidades en que los participantes abren su propia vivencia, en torno a la cual pueden contrastar la pertinencia de las diversas alternativas y evaluar los riesgos individuales. Se trata de plantear y orientar en estrategias compatibles con las vivencias, dudas y dificultades del usuario; establecer en el intercambio un “juego de seducción” en cuanto a compartir sentidos sobre las alternativas posibles de nuevos hábitos. Se deben aprovechar las instancias en que los usuarios dan señales, pistas, indicaciones sobre expectativas que tienen frente a la adopción de nuevos hábitos para la evitación de riesgos, de manera que se refuercen aquéllas más pertinentes. En cuanto al uso del preservativo, su explicación siempre debe ir acompañada de

una demostración concreta (con dildos), puesto que la explicación por sí sola nunca asegura la comprensión del usuario. Esto implica el manejo del/la consejero/a/a para superar las barreras de la vergüenza o las resistencias (prejuicios, temores, prohibiciones, nociones de “deber ser”) que impiden conversar explícitamente sobre este tema. En lo posible, la explicación y demostración debieran hacerse con el usuario y en presencia de su pareja.

5. *Orientación sobre aspectos clínicos y tratamiento de las ETS/SIDA*: se refiere a establecer las orientaciones para el fortalecimiento de la adherencia. Se verifica que puede ser favorecida tanto por la comprensión que el usuario tiene respecto de su problema de salud como por el nivel de confianza que adquiere frente al profesional que lo atiende.

El estudio referido constató que la mayoría de los usuarios participantes de la investigación fue orientado por 2 profesionales de la salud, situación que ofrece mayor oportunidad de esclarecimiento de eventuales dudas por parte de los usuarios. Para aquellos usuarios que no recibieron orientación profesional en salud es posible que un porcentaje fuere atendido en redes particulares y que en menor medida hayan buscado medicamentos en la red pública, cuya distribución es gratuita. El conocimiento sobre el modo de acción de los TARV, tema que la actividad de orientación debiera contemplar, fue referido por medio de preguntas hechas durante la entrevista basal. Se verificó que cerca de un cuarto de la población investigada no sabía o tenía información errada respecto de los TARV.

Los autores desprenden la necesidad de fortalecer la consejería para la entrega de información sobre TARV pero con pertinencia a la situación particular del usuario atendido, cuya adherencia al tratamiento dependerá de la elaboración interna sobre el sentido del tratamiento en su particular situación vital, cuestión asociada a la elaboración que el sujeto realice sobre su condición de PVVIH en función de su propia experiencia, de la elaboración de los temas de auto cuidado, de sus preconceptos y supuestos, determinados por el contexto sociocultural y psicosocial del sujeto.

El esquema siguiente resume las competencias revisadas:

Esquema: Competencias básicas para la consejería centrada en la persona

1.3.1.4 Los procesos de aprendizaje y cambio en la consejería en VIH/SIDA desde la perspectiva de conversaciones de apoyo

1.3.1.4.1 El aprendizaje desde una perspectiva constructivista

Consideramos pertinente profundizar brevemente en esta sección acerca de la perspectiva constructivista del aprendizaje, en tanto puede entregar los elementos a la base de los procesos internos de las PVVIH en el contexto de consejería, de modo de clarificar los criterios, elementos, herramientas y procedimientos metodológicos que pueden reforzarse en la actual propuesta asociativa.

El constructivismo surge como parte de la corriente de la Psicología Cognoscitiva, pero además considera elementos de diferentes teorías. El Constructivismo sostiene que el ser humano transforma y organiza la realidad de acuerdo a principios generales intelectuales que son consecuencia de la exposición con el ambiente (Paris y Byrnes, 1989). Entre las corrientes que han influenciado el constructivismo Paris y Byrnes (1989) señalan que se encuentra la Teoría de Gestalt la cual resalta el hecho de que el ser humano interpreta las cosas de una forma conjunta y no aislada. También la teoría del desarrollo intelectual, la teoría de la psicología cognitiva y sobretodo la teoría de Vygostki han tenido un impacto crucial.

Para Vygotski (1979) el aprendizaje en el Ser humano tiene una connotación social. El aprendizaje es el medio por el cual los niños pueden participar con los demás y compartir lo que los rodea. Para Vygostki el aprendizaje desencadena una serie de procesos evolutivos internos que se dan sólo cuando el niño interactúa con otras personas, por eso desde su perspectiva, el aprendizaje es un proceso social.

Desde el punto de vista constructivista, el aprendizaje depende del contexto. Lo que se aprende es el resultado de lo que rodea al aprendiz y el significado que éste le da (Jonassen, Davidson, Collins, Campbell y Bañan, 1995). La construcción de los esquemas cognoscitivos de cada persona corresponden al producto de la combinación de los eventos de la realidad con las experiencias pasadas y las creencias del individuo. Bajo esta perspectiva, el papel del conocimiento y de los procesos cognoscitivos fundamentalmente es el de reflejar la forma individual y personal de comprender el mundo real (Merriënboer,1997).

Bajo esta perspectiva teórica, existen muchas formas de interpretar al mundo, es decir; no existe un solo significado correcto (Duffy y Jonassen, 1992). Por lo anterior, el aprendizaje es un proceso necesariamente social y dialógico, en el que la "comunidad de aprendizaje" negocia los significados. Otro aspecto que enfatizan los constructivistas es el hecho que para que el aprendizaje se dé, es necesario que se proporcionen experiencias reales, de acuerdo con las situaciones de la vida cotidiana a las que está expuesto el sujeto (Duffy y Jonassen, 1992).

Las distintas teorías del aprendizaje constructivista fueron, en un inicio, diversas maneras de trascender el modelo reduccionista conductual. Ante esto, emergen las teorías del aprendizaje de corte cognoscitivo y de base constructivista, las que van a ir complementando y/o modificando la visión reduccionista conductual. Esa teoría da un fuerte énfasis, por ejemplo, a que las personas "aprendan a aprender", a que se valorice el aprendizaje que ocurre entre los pares y la construcción de éstos de manera significativa. Así, el constructivismo en el aprendizaje, más que entregar un marco conceptual acabado y estricto, ha permitido la reflexión, el progreso de los conceptos y el estudio de los procesos afines al aprendizaje que, por algunos años, parecieron estancarse y ser desarrollados sólo a partir de un punto de vista. Esta posición constructivista se podría caracterizar, fundamentalmente, en el énfasis que otorga a la actividad de construcción del que aprende, evitando tanto el olvido del contexto en que ocurren los aprendizajes como el desarrollo y la naturaleza social de éstos (Coll et cols., 1995).

Desde este punto de vista, las personas que se encuentran insertas en un proceso de aprendizaje son constructivistas, y desde esta mirada, comienzan a ser reconocidos también como investigadores de su propio aprendizaje (Porlán, 1993). El significativo proceso del aprender abarca no solamente "una mera transmisión [...] y una simple recepción [...], sino que implica un verdadero *proceso de construcción*, o reconstrucción para ser exactos, en el que reside en parte la idiosincrasia del proceso de desarrollo de cada ser humano" (Coll et cols., 1995). Por lo tanto, este planteamiento que converge con las posturas epistemológicas constructivistas, nos señala que el aprendizaje no consiste en un reflejo exacto o una simple reproducción del contenido a aprender, sino que implica, inevitablemente, un proceso reconstructivo en el que los aportes de los sujetos que aprenden juegan un papel decisivo (Coll et cols., 1995).

Para sintetizar, algunas de las características generales del aprendizaje desde una perspectiva constructivista son (Porlán, 1993):

- Los esquemas cognitivos del sujeto que aprende tienen importancia en los próximos procesos de aprendizaje.
- Encontrar sentido supone establecer relaciones.
- Quien aprende construye activamente significados.
- Los/as que aprenden son responsables de su propio aprendizaje.

Entre los diversos autores de esta perspectiva, Jean Piaget destaca el *papel activo* de la persona que aprende, otorgándole importancia a la exploración y el descubrimiento de aquél; a su vez, concibe al educador, básicamente, como un facilitador y orientador del aprendizaje (Coll et cols., 1995). De esta manera, las personas que aprenden van construyendo sus conceptos por aproximaciones sucesivas y según un proceso escalonado de asimilaciones, acomodaciones y equilibraciones cognitivas (Porlán, 1993).

Por otra parte, desde el aporte realizado por Lev Vigotsky, las funciones psicológicas superiores estarían caracterizadas porque suponen el uso de *intermediarios externos,* denominados por el autor, instrumentos psicológicos, destacándose entre ellos el *lenguaje*. A Vigotsky le interesan los cambios que

son acompañados por los apoyos externos que median un estímulo, pensando que el conocimiento se produciría a partir de las interacciones sociales, siendo el lenguaje uno de los elementos estructurantes del pensamiento y de la acción sobre el mundo y sobre el hombre (Alves dos Santos, 2003). En este hecho, el lenguaje sería el gran sistema de mediación instrumental que apoyaría el aprendizaje del ser humano y, por ende, el desarrollo de sus funciones psicológicas. La experiencia educativa supone la ayuda de otro ser humano, en una relación que no sólo implica un sujeto-objeto, sino que estaría dada, más bien, por una tríada: *sujeto-mediador-objeto* (Osorio, 2004b), adquiriendo el aprendizaje un carácter dialógico, dado por la interacción con un otro. Entonces, desde la perspectiva de Vigotsky, el aprendizaje con significación se daría como un fenómeno inmerso en la actividad social, en la experiencia externa compartida con otros sujetos que aprenden.

Por último, otro autor constructivista, David Ausubel, entiende la necesidad de integrar los nuevos contenidos en las estructuras cognoscitivas previas del sujeto, operación que diferenciaría el *aprendizaje significativo* de aquel que ocurre de manera repetitiva. La diferenciación que un observador haga entre estos aprendizajes remite a la existencia o inexistencia de un vínculo entre el material a aprender y los conocimientos previos: si las personas que se encuentran en un proceso de aprendizaje consiguen establecer relaciones "sustantivas y no arbitrarias" entre este nuevo material y sus conocimientos anteriores, serían capaces de atribuirle diversos significados a este nuevo material, produciéndose un aprendizaje significativo. Si de manera contraria, no consiguen establecer dicha relación, el aprendizaje será puramente repetitivo o mecánico, el que se produce cuando los contenidos de la tarea son arbitrarios, o cuando la persona carece de los conocimientos necesarios para que los contenidos resulten relevantes; o, en último caso, si adopta la actitud de asimilarlos al pie de la letra y sin mayor contextualización (Barrio, 2004; Chavero, 1999).

Desde la perspectiva de este autor, para que un aprendizaje pueda llegar a ser significativo, deben cumplirse tres condiciones. En primer lugar, el contenido debe ser potencialmente significativo, lo que implica que su estructura interna debe tener cierta organización clara y relevante. Segundo, que el sujeto que va a aprender tenga en su estructura cognitiva *elementos pertinentes y relacionables* con el nuevo material. Y por último, uno de los factores de mayor importancia, es la disposición favorable para aprender significativamente, es decir, la persona debe estar motivada para relacionar el nuevo material de aprendizaje con lo que ya sabe. Este punto subraya la importancia de los *factores motivacionales* de los sujetos, ya que a partir de estos se esperaría un mayor número de relaciones posibles. Esto implica que la conexión que la persona establezca dependerá de diversos componentes motivacionales, afectivos y relacionales, al darle un sentido particular al material y a la propia actividad del aprendizaje (César et col., 1995; Barrio, 2004).

1.3.1.4.2. Los procesos internos de aprendizaje significativo: una referencia fundamental para la especialización y focalización de las conversaciones de apoyo en consejería

Desde esta perspectiva constructivista acerca de los procesos de aprendizaje personal, podemos plantear que un sentido constitutivo de la consejería, considerando los objetivos que ésta se plantea en cuanto a los usuarios, es favorecer mediante conversaciones de apoyo especializadas el fortalecimiento en los usuarios de las propias capacidades reflexivas y la movilización de procesos internos de aprendizaje, que posibiliten en el sujeto procesos de discernimiento y toma de decisiones traducibles en procesos visibles de cambio, en una perspectiva de empoderamiento y autonomía para procurar el mejoramiento de la propia calidad de vida.

Una noción básica de proceso de aprendizaje desde este enfoque debiera considerar, en dos niveles distintos pero articulados, a lo menos tres momentos que definen una secuencia de procesos internos en que la subjetividad (modos de sentir- pensar- actuar) se moviliza con sentido y significado propio de modo tal de posibilitar, desde una experiencia de aprendizaje autónomo, la incorporación de nuevos elementos, sentidos o significados posibles de incorporar como nuevos aprendizajes significativos[37]. Se trata entonces de considerar a la vez un proceso conversacional que siga una secuencia, que en sí misma se puede repetir en pequeños ciclos con el mismo sentido, a través de los siguientes niveles:

- establecer tres momentos durante la conversación: problematización, búsqueda activa de información y discernimiento y decisión;
- considerar tres momentos en los procesos internos del sujeto: articulación, desarticulación y rearticulación.

Estos momentos son:

i. favorecer en el sujeto, mediante la conversación de apoyo, un primer momento de problematización, que favorece procesos internos desde la articulación a la desarticulación de la propia subjetividad, a partir del relevamiento de temas y preguntas que designan necesidades de aprendizaje. Desde una mirada a los procesos internos movilizados mediante conversaciones reflexivas, la articulación corresponde al estado sentido por el sujeto en que se reconoce a sí mismo con saberes previos, articulados en un dominio de conocimiento y de construcción subjetiva que le es significativo y que constituye con sentido su vivencia como sujeto situado e íntegro. Este momento es facilitado por un interlocutor mediante una escucha activa (que implica una actitud de escucha que demuestra al sujeto que: es escuchado, es entendido y es aceptado por su interlocutor), que le invita a expresar dichos saberes. Desde esta posición es posible movilizar, mediante una conversación que abre preguntas con sentido para el sujeto interpelado, procesos internos de

[37] González, G. Ponencia no publicada: "Conversaciones, vínculo y autocuidado: estrategias para la reflexividad y el aprendizaje". Tercera Jornada Académica: “Estudios e investigación en el ámbito del desarrollo personal e interpersonal, afectividad y sexualidad”, Red IUDEPE. Viña del Mar, julio 2006.

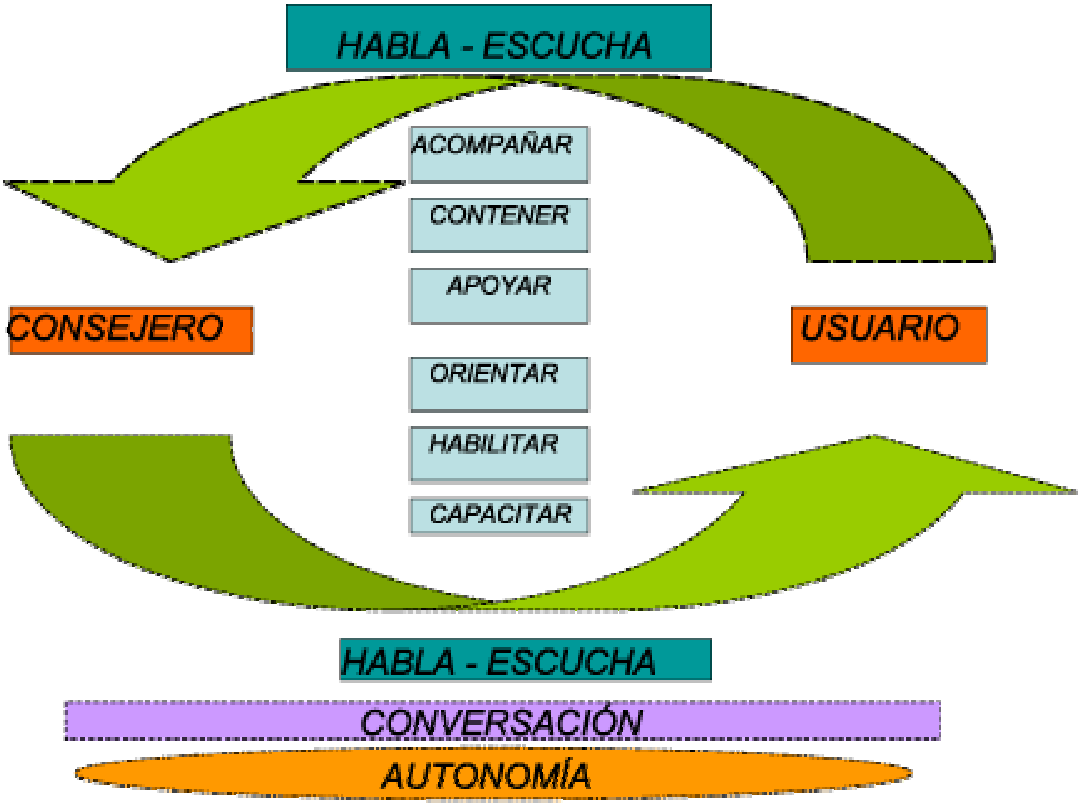
movilización de los propios modos de sentir, pensar y actuar que se abren a la pregunta por "aquello que me falta y que necesito saber e integrar en mí". De este modo se posibilita un estado de desarticulación transitoria que dispone al sujeto a cambiar desde la posición de habla a la posición de escucha, motivado por el sentido de "completarse". Nos referimos así al relevamiento de las necesidades de aprendizaje del sujeto que buscan ser satisfechas en la conversación.

ii. favorecer en el sujeto, mediante la conversación de apoyo, un segundo momento de búsqueda activa de información, que favorece procesos internos desde la desarticulación a la rearticulación de la propia subjetividad, a partir de la generación e integración de respuestas y de nuevas preguntas y conversaciones. Esto implica ir transitando, en la medida que se despliega la escucha ante las "respuestas buscadas" por el sujeto, desde el "no saber" y "necesitar saber" hacia la obtención de una respuesta que se integra con sentido en su subjetividad (lográndose a la vez el "insight" y el comienzo del cierre de una "gestalt" abierta por la pregunta). Este proceso puede ir dándose en ciclos sucesivos de pregunta- respuesta a la vez que se alterna la posición del habla y la escucha entre los interlocutores durante la conversación, la que por cierto va siendo en este sentido intencionada para favorecer en el sujeto "apoyado" procesos de aprendizaje significativo. Se va completando así el tránsito desde la desarticulación a la rearticulación interna en que se han integrado nuevos elementos, saberes o distinciones a la propia subjetividad.

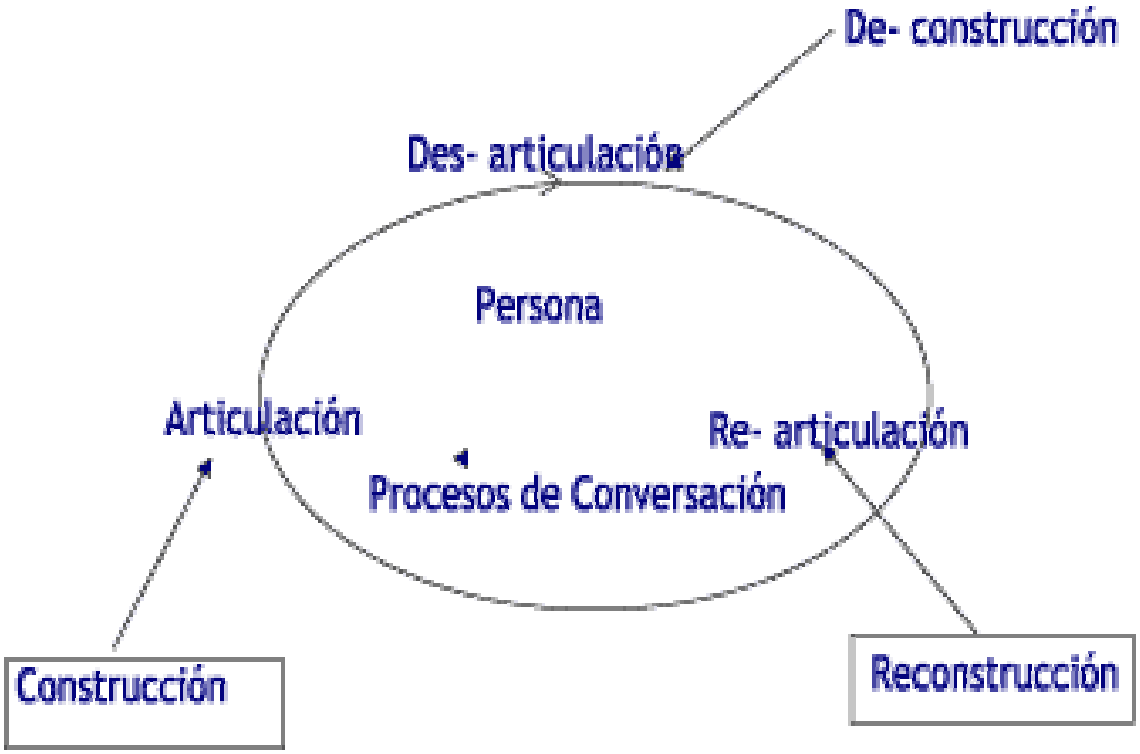
iii. favorecer en el sujeto, mediante la conversación de apoyo, un tercer momento de discernimiento y decisión, que favorece procesos internos desde la rearticulación a la articulación de la propia subjetividad, a partir de la toma de nuevas decisiones y de asumir una postura frente a los temas abiertos[38]. Esto implica la posibilidad que los nuevos aprendizajes, en la medida que se integran con sentido a la subjetividad y por tanto a los propios modos de sentir, pensar y actuar, se traduzcan en elementos a integrar en un proceso interno de discernimiento y toma de decisiones traducibles en una movilización del sujeto hacia la implementación de cambios de actitud en una perspectiva de mayor autonomía y empoderamiento frente al propio autocuidado y el procurar una mejor calidad de vida. De este modo el sujeto internamente pasa desde la rearticulación a un nuevo estado de articulación, que implica un nuevo modo de ser y estar como sujeto de aprendizaje capaz de continuar por sí mismo dichos procesos y disponerse nuevamente a abrir preguntas nuevas a partir del relevamiento de saberes y necesidades de aprendizaje en el fluir de una conversación de apoyo pertinente y centrada en el sujeto apoyado.

[38] Fundamentos del Proyecto "ConTacto, Sexualidades en Conversación. Producción y transferencia de un modelo educativo conversacional en sexualidad y salud reproductiva dirigido a jóvenes". Centro de Estudios de Género, Facultad de Filosofía, Universidad de Chile. Fondef 2001 - 2003. http://www.contacto.uchile.cl/. En: González, G. Ibíd.

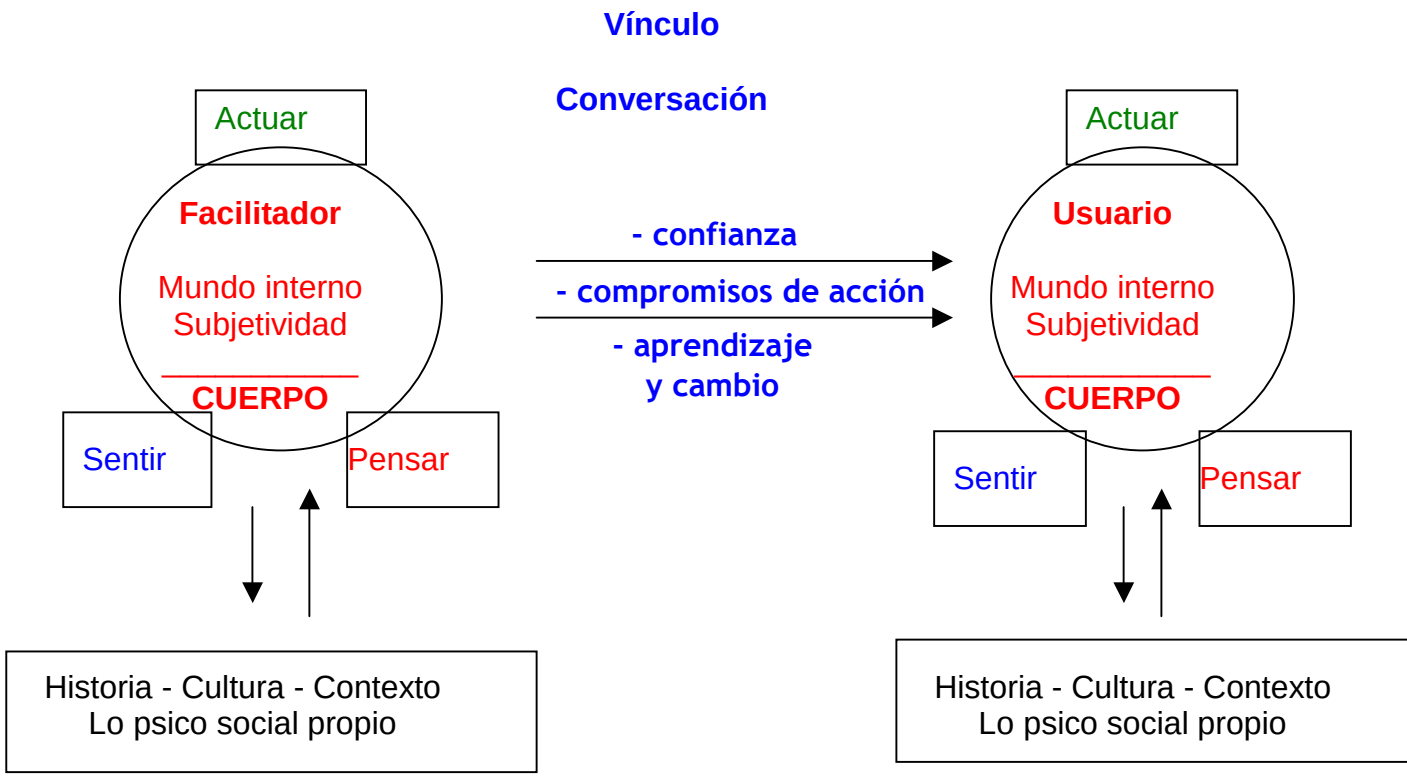
Esquema sobre la naturaleza circular y autonimizante de las conversaciones de apoyo en la consejería



Esquema de un proceso interno de reflexividad y aprendizaje significativo



Esquema constructivista de las dimensiones personales y vinculares implicadas en las conversaciones de apoyo



1.3.2. Estrategias de trabajo grupal/comunitario

En esta sección se presentan dos formas de trabajo grupal/comunitario que se han perfilado desde las ciencias sociales y desde el ámbito de la salud comunitaria, las cuales resultan útiles para reflexionar los fenómenos de la asociatividad que producen a partir de la integración de un consejero par a trabajar y convivir con los equipos de salud, como asimismo comprender los potenciales de desarrollo del nivel grupal de la asistencia, específicamente a través del desarrollo de agrupaciones de ayuda mutua entre usuarios, coordinados con el/la consejero/a par.

Concretamente, referiremos las "comunidades de práctica", cuyo énfasis está puesto en la acción desarrollada bajo el presupuesto de un "aprendizaje permanente": comunidades que permiten a sus integrantes, crear, expandir e intercambiar conocimiento y desarrollar capacidades individuales.

La segunda forma de trabajo existe principalmente en el ámbito de la salud: los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), que están centrados en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por determinadas enfermedades así como de sus familiares y cuidadores.

El acápite culmina con un desarrollo sobre las implicancias del trabajo voluntario como estrategia de intervención social.

1.3.2.1. Comunidades de Práctica: procesos de participación y cultura comunitaria

El concepto "comunidades de práctica" (CP) desarrollado por Etienne Wenger[39] (1998) alude una mirada que visualiza el aprendizaje como "una característica de la práctica". A pesar que las palabras "comunidad" y "práctica" evocan imágenes comunes, Wenger ha definido estos términos dándole a la frase "comunidad de práctica" un significado característico: una práctica es la suma de las cosas que los individuos realizan dentro de su comunidad, haciendo uso de los recursos disponibles, para materializar un conjunto de metas compartidas. Este concepto va más allá de la forma en que los agentes realizan sus tareas e incluye, por ejemplo, el modo como logran sobreponerse a las dificultades del día, acompañándose frente a las presiones y limitaciones dentro de las cuales deben operar.

La "comunidad de práctica", es un grupo social dedicado a la realización sostenida de un proyecto común. Las prácticas representan formas de negociar significado a través de la acción social. En la opinión de Wenger, los significados surgen de dos procesos complementarios; la "participación" y la "materialización". Al respecto señala: "Las prácticas evolucionan como historias compartidas de aprendizaje. En este sentido, la historia no es solamente una experiencia individual o colectiva, ni tampoco un conjunto de artefactos e

[39] Citado en "El desarrollo de sistemas educativos inclusivos: ¿Cuáles son las palancas de cambio?" Mel Ainscow , Revista Journal of Educational Change, Octubre de 2004

instituciones duraderas, sino una combinación de participación y materialización en el tiempo" [40].

Dentro de esta formulación, la *participación* se visualiza como un conjunto de experiencias compartidas y negociaciones que resultan de la interacción social al interior de una comunidad que tiene un objetivo común. Por ello, la participación es inherentemente local puesto que, al margen de sus interconexiones, las experiencias compartidas y los procesos de negociación serán diferentes de un entorno a otro. De manera que, por ejemplo, el cúmulo de horas de reuniones, las experiencias compartidas y las discusiones informales realizadas apresuradamente durante las horas de almuerzo, también contribuyen a dar significados particulares. De acuerdo a la autora, la *materialización* es el proceso a través del cual las comunidades de práctica producen representaciones concretas de sus propias prácticas, tales como los instrumentos, los símbolos, los reglamentos y los documentos (incluso los conceptos y las teorías).

En opinión de Wenger, el aprendizaje de una comunidad específica puede explicarse generalmente sobre la base de la interacción de los procesos de materialización y participación, los cuales son complementarios en el sentido que cada concepto tiene la capacidad de reparar la ambigüedad del significado que el otro genera. Por ejemplo, se puede desarrollar una estrategia como parte de las actividades de planificación y resumirla en un conjunto de normas de acción, proporcionando así una materialización codificada de la práctica que se desea implementar. Sin embargo, el significado y las implicaciones prácticas de la estrategia sólo quedarán claros en la medida que se pruebe en la práctica y se analice entre los responsables de la implementación. De esta manera, la participación conduce a un aprendizaje social que no podría ser solamente el resultado de la materialización.

Asimismo, los productos materializados, tales como los documentos de política, sirven como una especie de memoria de la práctica y cimientan el nuevo aprendizaje. Este tipo de análisis ofrece una manera de describir los medios por los que se desarrolla la práctica.[41]

Como señala un documento reciente que intenta una operacionalización del concepto[42], los miembros de una CP están informalmente vinculados por la tarea que enfrentan en común y especialmente por lo que aprenden de manera colaborativa, a través del compromiso recíproco en esta práctica compartida.

Las comunidades de práctica producen aprendizajes en forma colectiva y de manera natural, espontánea, generando así un capital de conocimientos válidos y eficaces para su práctica común. El tipo de aprendizaje que aquí se produce es situacional, contextual, dinámico, significativo, con alta validez ecológica, generalmente de carácter implícito, no formalizado, distribuido, con

[40] Mel Ainscow, op cit.
[41] Mel Ainscow, Op. cit
[42] "Sistema de Formación y Capacitación Permanente para Agentes del Programa Puente en Intervención con Familias en Extrema Pobreza". Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile- Equipo Nacional Programa Puente, FOSIS. 2006.

‘currículo oculto’, controlado en su eficacia y reproducción desde la práctica misma.

La producción de esta base de conocimientos no corresponde a la aplicación de una metodología rigurosa, ‘científica’, controlada; corresponde más bien a un sistema intuitivo de producción, basado en constataciones y convicciones personales sustentadas por la experiencia, elaboradas en las conversaciones informales que tienen lugar en las CP; procede a través de narraciones, relatos, historias de trabajo, de fuerte connotación y resonancia emocional y afectiva.

Esta producción de conocimiento es permanente. El aprendizaje es el motor de las prácticas y la práctica no es otra cosa que la historia siempre en movimiento de estos aprendizajes acumulados. Desde esta perspectiva, la práctica puede ser concebida como un flujo permanente de aprendizajes y conocimientos asociados a la acción: es acción situada sustentada por un flujo permanente de producción distribuida de aprendizajes y conocimientos.

Las competencias (tipo saber- qué y saber- cómo), tanto explícitas como implícitas, están distribuidas entre los miembros de la CP: la CP queda definida así como una red operante de competencias distribuidas e interconectadas, es una red para el aprendizaje colectivo. Algunas de las características básicas de las CP son:

1. Además de las relaciones institucionalizadas de trabajo, se establecen relaciones personalizadas: los participantes se conocen entre sí, establecen espontáneamente vínculos afectivos, desarrollan sentimientos de pertenencia, sentidos psicológicos de comunidad, creencias, compromisos e intereses comunes. Reconstruyen su CP fuera de las reuniones, en las pausas de los eventos, en las conversaciones informales, en los momentos de descanso, en los encuentros sociales, incluso después del horario establecido de trabajo.

2. Los integrantes de una CP se ayudan mutuamente para realizar su trabajo. Comparten información, experiencias, recursos, redes, se aconsejan entre sí, proponen nuevos enfoques, se ‘modelan’ los unos a los otros. Se apoyan recíprocamente para el autocuidado de la comunidad de práctica y para desarrollar estrategias de contención emocional y de disipación de tensiones.

3. Las CP le dan validez ecológica a las intervenciones: Cómo establecer los contactos iniciales, cuáles son los momentos más oportunos para intervenir, como conversar, como motivar, como acompañar, como abordar situaciones problemáticas, etc.

4. Las CP se autorregulan, se auto organizan, se auto sustentan. En este sentido son relativamente independientes de la matriz organizacional institucional, son fenómenos informales, naturales de agregación humana. En las CP los integrantes conforman grupos primarios, grupos informales que no están directamente condicionados ni sostenidos por el programa.

5. El gran aporte de las CP es la producción de conocimientos y aprendizajes situacionales, con validez ecológica. En la CP se 'fraguan' conocimientos y aprendizajes únicos, irrepetibles, imposible de producir en otros contextos. Estos conocimientos y aprendizajes constituyen la materia prima de los modelos de acción, aprenden juntos y los conocimientos y aprendizajes desarrollados en común fortalecen las competencias individuales. Estas CP desarrollan y acumulan un capital de conocimientos, aprendizajes y competencias - tácitos y explícitos -.

6. Son las CP las que contribuyen en gran medida a formar a las personas nuevas: es el propio grupo que, de manera conjunta y colaborativa, socializa y capacita a los nuevos integrantes.

7. En algunas ocasiones las CP sistematizan sus conocimientos y aprendizajes, pero la mayor parte de las veces estos conocimientos y aprendizajes permanecen tácitos, implícitos, solamente inscritos en el 'soporte humano'.

8. Desarrollan un trabajo (práctica) en común, una manera compartida de hacer las cosas, una forma genérica común de trabajo con sus poblaciones objetivo[43]

Una comunidad de práctica es un proyecto de transformación social y cultural, que permite a los actores involucrados construir "socialmente" conocimiento a partir de su quehacer.

El objetivo de fomentar estas comunidades es permitir a sus integrantes, crear, expandir e intercambiar conocimiento y desarrollar capacidades individuales, de tal forma que posteriormente puedan difundirlo, usarlo en procesos de aprendizaje expansivo y generar propuestas que les posibiliten la participación en el diseño e implementación de políticas públicas. En este sentido, la promoción y conformación de "comunidades de conocimiento" debiera permitir a sus integrantes:

- Interactuar constructivamente.
- Intercambiar conocimiento y experiencias.
- Cuantificar los resultados del aprendizaje.
- Adquirir conocimientos y habilidades.
- Resolver problemas conjuntamente.
- Tomar decisiones.
- Ser creativos, flexibles y adaptables.
- Aprender en el hacer.
- Generar posturas y participar en el diseño de políticas públicas.
- Estar informados, entre otras cosas.

Esta modalidad de Comunidades de Práctica se organiza en torno al concepto de 'cultura de aprendizaje' proponiendo la construcción de un conocimiento colectivo como contexto, plataforma y apoyo a los procesos individuales de

[43] Op cit

aprendizaje. Tiene como uno de sus ejes organizadores el concepto de 'aprendizaje a lo largo de toda la vida' o 'aprendizaje permanente'. Esta modalidad de aprendizaje permite dar cuenta, por un lado, de la velocidad y complejidad creciente de las transformaciones de los contextos situacionales de las personas y por otro, de la alta diversidad y ritmo acelerado de los procesos de producción del conocimiento especializado en las sociedades contemporáneas. Sus rasgos definitorios son[44]:

- hacer progresar el conocimiento y las habilidades colectivas;
- compromiso con el objetivo de construir y compartir conocimientos nuevos;
- carácter distribuido del conocimiento y la importancia otorgada a los distintos tipos y grados de pericia de los participantes;
- énfasis en el aprendizaje autónomo y autoregulado, en la adquisición de habilidades y estrategias de aprendizaje metacognitivas y en el aprender a aprender;
- actividades de aprendizaje "auténticas" y relevantes;
- estrategias didácticas de aprendizaje colaborativo;
- adopción de enfoques globalizadores o interdisciplinares;
- la co-responsabilidad de todos sus integrantes en el aprendizaje;
- control compartido y distribuido entre los participantes de las actividades de aprendizaje;
- existencia de altos niveles de diálogo, de interacción y de comunicación entre los participantes.

1.3.2.2. Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

a) Origen y perfil

Los Grupos de ayuda Mutua (GAM) nacieron en los años 30 en EE.UU., en torno a problemas de salud, específicamente cuando se crea la Asociación de Alcohólicos Anónimos.[45] Desde la publicación de la Carta de Ottawa, se considera a los GAM un eje principal para la promoción de la salud. En uno de los primeros talleres de trabajo organizados por la OMS sobre el tema se llegó a un consenso sobre la necesidad de dar apoyo a los GAM, recomendándose, en primer lugar, legitimar, animar y movilizar las respuestas no profesionales en materia de salud, entre el público en general.[46] Como tal, los GAM representan un recurso privilegiado de las reformas de salud de segunda generación.

Los GAM han sido definidos por diferentes autores que han producido formulaciones bastante similares. Esta semejanza testifica un notable consenso

[44] Las comunidades de aprendizaje y el futuro de la educación: el punto de vista del forum universal de las culturas. Universidad de Barcelona. Simposio internacional sobre comunidades de aprendizaje. 2001. César Coll.
[45] Grupos de ayuda mutua terra - Mónica Parada. Tomado de: http://www.terra.es
[46] El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar. Josep Canals Sala Tesis de Doctorada. Tarragona, Julio 2002

a nivel teórico[47]: (los GAM constituyen) “Pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común. Se reúnen de forma voluntaria para una finalidad concreta con el deseo de cambio personal o social. Piensan que sus necesidades no las resuelven las instituciones existentes. El grupo les ofrece la oportunidad de compartir experiencias, conocimientos, fuerzas y esperanzas para afrontar su conflicto. El grupo se organiza sin la intervención de profesionales a no ser que se solicite su presencia” (Katz, 1981, citado por Roca, 1995).

Por su parte, Matzat (1987) ofrece una caracterización que destaca los elementos centrales de los GAM y apunta a sus procesos internos: “(se trata de) grupos de personas afectadas por un problema común, por ejemplo una enfermedad, que en sesiones periódicas, generalmente durante un largo tiempo, sin orientación de un profesional y sin ánimo de lucro, intentan cambiar su forma de enfocar sus problemas o su entorno social. Los principios que les inspiran son los de cooperación, igualdad y ayuda mutua. Los efectos positivos de estos grupos se consiguen a través de experiencias personales profundas, de una empatía sin mediaciones, de la solidaridad y del apoyo social. Sus miembros ofrecen ayuda, reciprocidad y sus propios modelos para afrontar con éxito los problemas comunes”.

Un resumen preciso de las características definitorias de los GAM aparece en un texto pionero en la difusión de estos grupos. (Roca, Fiol, Villalbí, 1989). Estas características son: carecer de una estructura jerárquica y ser producto de una asociación libre; funcionar sin la supervisión de ningún profesional externo; valorar especialmente la interacción personal entre sus miembros, así como la asunción individual de responsabilidades; promover unos valores mediante los cuales sus miembros puedan reforzar la propia identidad y autoestima.[48]

El desarrollo de los GAM está estrechamente vinculado con un enfoque de redes. De hecho, el rol de los GAM es la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por determinadas enfermedades y de sus familiares y cuidadores. Se considera que “estos grupos pueden representar el papel de ‘agentes de cambio’ y humanizar los servicios profesionales” (Roca,Llauger, 1994)[49]. Por otro lado, contribuyen a la integración del tejido asociativo dentro del sistema socio-sanitario como una articulación estructurada con el fin de diseñar políticas eficaces y resolutivas[50].

Los Grupos de Ayuda Mutua aparecen como parte imprescindible de la rehabilitación social y emocional del afectado y de la familia, creando un espacio simbólico que trata de subvertir la consideración que en el ámbito social y profesional se tiene de su problemática de salud concreta[51].

[47] Op cit
[48] Op cit
[49] Op cit
[50] Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas” Revista de antropología experimental Nº 5, 2005 Jesús Rivera Navarro
[51] Op Cit.

Los GAM pueden ser considerados en sí mismos como una variante extradoméstica de la autoatención (Menéndez, 1984). Sin embargo, comparten el espacio intermedio entre los servicios sanitarios y la autoatención con otras formas asociativas, que muchas veces se confunden con ellos pero que se alejan del ámbito de la autoatención al adoptar modelos profesionalizados. En consecuencia, no todas las organizaciones incluidas en ese espacio tienen el mismo papel asistencial o político. Se puede afirmar que la función atribuida a los GAM y a otras entidades asociativas depende tanto de la relación existente entre el ámbito institucional y el doméstico como de las políticas que influyen en esta relación.[52]

La existencia de los GAM se basa en el problema común que sufren sus miembros (en este caso cuestiones relacionadas con la salud) y en las relaciones asimétricas que se establecen entre los afectados (o pacientes) y los profesionales de la salud en el itinerario terapéutico (Kurtz, 1997). Por lo tanto, vendrían a ser una solución sincrética que recogería elementos de diferentes tipos:[53]

1. Intentan reconstruir funciones que la dispersión de las relaciones amplias de parentesco y la fragmentación social han dejado sin estructuras de soporte. En este sentido, su actividad tiene un carácter de recuperación de aspectos tradicionales perdidos.

2. Las organizaciones a las que los GAM se vinculan presentan rasgos muy propios de los movimientos asociativos típicos de las sociedades industrializadas desarrolladas, como la incorporación de conocimientos técnicos especializados, la voluntad de presión sobre el entorno social y las administraciones públicas.

3. Los GAM destacan por su voluntad de ser organizaciones igualitarias, condición imprescindible para hacer posible la *reciprocidad horizontal*, requisito necesario para poder hablar de ayuda mutua.

4. Los GAM, en nuestras sociedades, emergen frecuentemente en situaciones que aparecen como “marginales”. Algunos de los GAM en cuestión se dedican a problemáticas incluidas dentro de los campos “clásicos” de la marginación social (drogas, alcoholismo, VIH/SIDA) pero la mayoría se vinculan a formas más sutiles y ocultas de marginación. En realidad, los problemas tratados por los GAM aludidos tienen en común, en su gran mayoría, la incapacidad asociada a un aspecto físico poco acorde con los modelos ideales socialmente más aceptados (Alzheimer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, ataxias, etc.). En

[52] El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar. Josep Canals Sala Tesis de Doctorado. Tarragona, Julio 2002

[53] “Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas”. Revista de antropología experimental Nº 5, 2005 Jesús Rivera Navarro

ciertos casos, se trata de enfermedades que conllevan alguna forma de estigma social, como el cáncer o la lepra (Sontag, 1980).[54]

En los GAM operan una serie de mecanismos de cambio en sus miembros (Kurtz, 1997):

- *Transformación de identidades*: a través de las reuniones los participantes se suministran de un vocabulario mediante el cual se pueden conceptualizar y comunicar los problemas derivados de su enfermedad.

- *Autopoder o autocontrol.* Esta percepción o sentimiento ocurre cuando uno llega a tomar la acción para uno mismo y a cuenta de los otros. El grupo es el lugar donde uno se junta con otros para movilizar recursos en aras de intereses y necesidades comunes. El sentimiento de "poder" se relaciona con el liderazgo natural y el gobierno de los afectados.

- *Consecución de la compresión.* La comprensión es más fácil en los GAM que en las terapias formales. La atmósfera no amenazante permite a los miembros llegar a la comprensión a su propio ritmo.

- *Reconceptualización de la percepción del problema.*

- *Se establece una nueva "comunidad" para su vida cotidiana*. Los miembros del grupo forman su identidad dentro del marco discursivo de la comunidad (Rappaport, 1993):

Los GAM cumplen también la función de combatir anatemas y estigmas que circulan alrededor de una determinada enfermedad o patología.

Los interlocutores participantes en los GAM demandan el reconocimiento institucional, el cual debe ser articulado a través de medidas concretas: servicios asistenciales para los mismos, devolución del tiempo de trabajo no remunerado empleado (mediante diversos mecanismos). Estas demandas son argumentadas en base a, en primer lugar, el ahorro que le supone a la administración, la articulación de los soportes de cuidado por parte de la familia y en segundo lugar, a que los cambios sociales que se están operando va a hacer difícil el mantenimiento de dichos cuidados.

b) Grupos de Ayuda Mutua y VIH/SIDA

Una de las actividades que puede desarrollar un GAM es el Grupo de Apoyo Emocional (GAE) que surge de la necesidad de hacer frente a la ansiedad que genera la situación de ser seropositivo, de cambiar determinadas prácticas de riesgo, de romper con un estilo de vida y promover uno más favorable, de romper el aislamiento y el "SIDA social". Los GAE se forman para las personas que viven con el VIH y sus familiares o allegados.

[54] Op cit

El GAE está formado por un conjunto de personas que tiene un problema común y que, a través de una dinámica de cohesión que permita la participación activa de sus miembros así como el cumplimiento de unas normas y objetivos, los integrantes aprenden a conocerse y a mejorar su situación psicológica y social. Precisamente, a través de la empatía, de compartir, identificarse, confrontarse y mirarse en el espejo de otras personas la PVVIH es más consciente de su realidad y se fortalece emocionalmente.

c) La relación de los GAM con los servicios profesionales de salud[55]

El movimiento de la autoayuda y los servicios profesionales son dos sistemas diferentes de apoyo y ayuda que coexisten todavía con escasa articulación. Incluso, muchos profesionales de la salud perciben a los GAM como un desafío a la práctica asistencial que ellos representan. Puesto que ésta última se establece sobre la dependencia del paciente en un marco de relaciones asimétricas, los GAM pueden ser fácilmente imaginados como un espacio que escapa al control profesional, propicio por tanto a imprudencias perjudiciales para los mismos pacientes.[56] Como podrá verse en los estudios de caso, esta percepción es similar a la que algunos profesionales de la salud construyen alrededor de los/las consejero/as entre pares.

Sin embargo, la integración entre profesionales e integrantes de los GAM puede proporcionar la oportunidad del aprendizaje mutuo y la generación de una red asistencial más amplia y efectiva. Los GAM son recursos valiosos para ser aprovechados desde los equipos de salud, pues ofrecen la posibilidad de disponer de una atención complementaria a la profesional, que puede ayudar al paciente a superar la situación de aislamiento que le acompaña frecuentemente y garantizar una información más útil para responder a las necesidades especificas de su vida cotidiana.

Por tanto, los GAM se justifican por algo más que por necesidades “técnicas”. Es toda la problemática social y cultural que se genera alrededor lo que ha motivado su formación y la que requiere ser elaborada por el mismo grupo. Por esto, asimismo es importante que se preserve la autonomía del grupo respecto a los profesionales y las instituciones: nadie más que los propios interesados pueden definir su situación y dar significado a lo que hacen.

Las evaluaciones realizadas sobre el funcionamiento de estos grupos[57] definen algunos problemas característicos, entre los cuales se cuenta:

A- Indiferencia por parte de los profesionales ante las actividades desarrolladas en las asociaciones;

---

[55] “Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas” Revista de Antropología experimental N° 5 2005 Jesús Rivera Navarro

[56] El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar

[57] “Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas” Revista de Antropología experimental N° 5 2005 Jesús Rivera Navarro

B- Rechazo a la construcción de un modelo en el que las organizaciones tendrían peso específico para participar en una asistencia integral al paciente;

C- Falta de fluidez entre unos agentes y otros, debido a diversos factores, pero entre los que destacamos los problemas de coordinación entre unos servicios y otros, dentro de los hospitales, lo que dificulta el tratamiento multidisciplinar de las enfermedades (la mayoría requieren de esta interdisciplinaridad) y por consiguiente, la relación complementaria que debería existir entre las asociaciones y los profesionales;

d) Los problemas de la práctica voluntaria

La remuneración por las actividades desarrolladas es un aspecto controvertido. Para unos, la educación de pares tiene sus raíces en el voluntariado y por eso, no debiera implicar remuneración. Para otros, los educadores de pares están prestando un servicio a la institución y deben, por eso, ser pagados.

En algunos proyectos, los coordinadores han optado por ofrecer una remuneración a los educadores de pares, cuando éstos desenvolvían las siguientes actividades:

- Administrar un paquete de sesiones formativas, previamente concebidas.
- Desenvolver un conjunto de actividades fuera del espacio de residencia de los educadores de pares.
- Implementación de estrategias pedagógicas de intervención en terreno.

Al mismo tiempo, se argumenta que utilizar educadores de pares remunerados en proyectos de base comunitaria o en proyectos que se basen en el abordaje difusional no es recomendable, pues el proceso de "empowerment" puede quedar comprometido. Dichas estrategias se focalizan en la difusión del cambio de normas de estilos de vida a través de redes sociales informales, por lo que la remuneración de los educadores de pares puede retirar legitimidad a su actuación y de este modo, disminuir su eficacia.

Por la importancia de esta última temática, en el acápite siguiente profundizamos las cuestiones relacionadas con el voluntariado como estrategia de intervención social.

1.3.3. Implicancias del voluntariado como estrategia de intervención

El presente acápite sobre voluntariado incluye una primera parte de abordaje conceptual y categorial, referencias históricas a nivel de la región y en el ámbito nacional, y una segunda parte referida a los antecedentes y experiencias sobre voluntariado en VIH/SIDA, incluyendo un marco referencial fundante para su pertinencia, como es el planteamiento que favorece una "Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)".

1.3.3.1 Voluntariado: aspectos generales

1.3.3.1.1 Definiciones de voluntariado[58]

Una cuestión preliminar que ha de tenerse presente al revisar los conceptos sobre el voluntariado, es que no existe uniformidad en la manera de referirse a esta actividad, ya que se le denomina indistintamente; “voluntariado”, “trabajo voluntario”, “voluntariado social”, “acción voluntaria”, “servicio voluntario”.

En primer lugar, se tiene la definición que adoptó la Cruz Roja para sus propias tareas y que dice: “el voluntariado es una actividad que se funda en el libre albedrío de la persona que presta servicios de voluntariado, y no en el deseo de obtener un beneficio material o pecuniario, ni en presiones sociales, económicas o políticas externas; (y) tiene por objeto ayudar a las personas vulnerables y a sus comunidades”. Este concepto destaca el carácter gratuito y voluntario de la acción prestada, así como su carácter asistencial, de ayuda ante un problema determinado que sufren los beneficiarios de la acción.[59]

Se puede citar, en segundo término, un concepto más amplio que el anterior y que señala que “sería voluntario el que actúa desinteresadamente, con responsabilidad, sin remuneración económica, en una acción realizada en beneficio de la comunidad, que obedece a un programa de acción, con voluntad de servir; es una actividad solidaria y social, el trabajo del voluntario no es su ocupación laboral habitual, es una decisión responsable que proviene de un proceso de sensibilización y concienciación, respeta plenamente al individuo o individuos a quienes dirige su actividad y puede trabajar de forma aislada aunque por lo general actúa en grupo”.[60]

Otro concepto utilizado, es aquel que entiende “la acción voluntaria, como una expresión más de la participación de la ciudadanía en aquellos asuntos que le conciernen (...) como una forma de acción colectiva en el interior de la sociedad (...) como un intento colectivo de transformar la realidad de injusticia y exclusión social que afecta a las personas, colectivos y pueblos empobrecidos que habitan nuestra aldea común”.[61]

---

[58] Tomado de "Situación legal del Voluntariado en Iberoamérica / Estudio comparado." Organización Iberoamericana de Juventud. 2001.
[59] OIJ, 2001, pág. 18.
[60] Ibíd.
[61] OIJ, 2001, pág 19.

Por último, una idea más política sobre el voluntariado es la que sostiene Enrique Falcón, quien afirma que existe un voluntariado situado en el marco de los llamados nuevos movimientos sociales -como el feminismo, el ecologismo, las asociaciones pro derechos civiles-, al que llama "voluntariado social de marginación" para diferenciarlo de un "voluntariado oficial" también existente. Aquel voluntariado tiene una dimensión política fundamental, en el sentido de que propugna la transformación de las estructuras, desarrollando formas de contrapoder de base. Asimismo, como es un movimiento socialmente heterogéneo, con una organización descentralizada y horizontal, se caracteriza por contar con una pluralidad de objetivos concretos y estrategias diferenciadas para alcanzarlos. Finalmente, define al voluntariado social de marginación como un movimiento esencialmente discontinuo, amenazado permanentemente por su disolución o por su institucionalización.[62]

El voluntariado adquiere diferentes formas y significados según el entorno. Está muy influenciado por la historia, la política, la religión y la cultura de una región. Lo que puede ser visto como voluntariado en un país, puede ser descartado como trabajo mal pago o gran densidad de mano de obra en otro. Aún así y a pesar de la gran variedad de interpretaciones, es posible identificar algunas características básicas de lo que constituye la actividad voluntaria.

Hay tres elementos clave que caracterizan el voluntariado. [63]

- En primer lugar, la actividad no se debe emprender principalmente por una remuneración, si bien se puede permitir el reembolso de gastos y algún pago simbólico.
- En segundo lugar, se debe emprender la actividad voluntariamente, conforme a la libre voluntad de la persona, a pesar de que aquí también hay zonas grises, ya que algunos planes escolares de servicios comunitarios motivan, y a veces requieren, a los estudiantes a participar en trabajo voluntario y en programas del tipo Comida por Trabajo, donde hay un intercambio explícito entre compromiso comunitario y asistencia en alimentos.
- En tercer lugar, la actividad debe beneficiar a una persona que no sea el propio voluntario, o a la sociedad en general, a pesar de que está claro que el voluntariado aporta también un beneficio significativo para el voluntario.

1.3.3.1.2. Tipologías del voluntariado[64]

- Una primera tipología es la que distingue entre el voluntariado como compromiso social y el voluntariado como realización personal, según la tradición socio- cultural que lo fundamenta.

El voluntariado como compromiso social, se constituye a partir de la ética de la convicción, fundándose en principios e imperativos categóricos. Implica una valoración de la realidad como injusta y, en este sentido, tiene claros matices sociopolíticos, por cuanto aspira a lograr una transformación profunda de la

[62] Ibíd.
[63] Tomado de "Reunión del grupo de trabajo de expertos sobre voluntariado y desarrollo social." Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU). Nueva York, 29-30 de noviembre, 1999.
[64] OIJ, 2001.

sociedad. Puede afirmarse, finalmente, que es heredera cultural de la escuela de la militancia política o sindical.

En cambio, el voluntariado como realización personal está enfocado hacia el sujeto que lo realiza, vinculándose a ideas tales como el probarse a sí mismo y la autovaloración del individuo. Bajo este enfoque el voluntario se moviliza sobre la base de la ética de la responsabilidad, tiene una mirada de corto plazo en relación con la anterior modalidad y se asocia a las corrientes culturales postmodernistas.

- Una segunda tipología se basa en el resultado u objetivo final que persigue el voluntariado. Así, se distinguen cuatro formas de trabajo voluntario: ayuda o autoayuda, filantropía o servicio para otros, participación, y promoción o realización de campañas.

Estos cuatro tipos de acción voluntaria se presentan en todas partes del mundo, pero la forma que cada tipo adquiere y el balance o la combinación entre diferentes tipos difiere notablemente de un país a otro.[65] Entre los factores que influencian la naturaleza del voluntariado se encuentran la estructura económica, social y política del país de que se trate así como su etapa de desarrollo.

Ayuda mutua o autoayuda
En muchas partes del mundo en desarrollo la ayuda mutua o autoayuda constituye el principal sistema de apoyo social y económico. De pequeñas agrupaciones informales basadas en parentesco y clanes a grupos más formales de asociaciones y servicios de crédito alternativo, el voluntariado como expresión de autoayuda o ayuda mutua juega un papel fundamental en el bienestar de las comunidades. También juega un papel importante en países del norte industrializado, en especial en el campo de la salud y el bienestar social, donde se han establecido numerosas organizaciones para proporcionar apoyo y asistencia a los necesitados, muchas veces organizados en torno a alguna enfermedad en particular.

Filantropía o servicio para otros
La filantropía o servicio para otros se distingue de la autoayuda en que el principal beneficiario de la acción voluntaria no es un miembro del grupo, sino un tercero, a pesar de que mucha gente reconoce que la filantropía comprende un elemento de interés propio. Este tipo de voluntariado se encuentra generalmente en organizaciones comunitarias o voluntarias, si bien en algunos países existe una fuerte tradición de acción voluntaria en el sector público y un creciente interés en el sector empresarial. Existe también la antigua tradición de voluntarios que son enviados de un país a otro para ofrecer asistencia humanitaria y de desarrollo, de norte a sur y de sur a norte.

Participación
La participación hace referencia al papel que juegan las personas en el proceso de gobierno, desde la representación en organismos de consulta

[65] VNU, 1999.

gubernamental al compromiso personal en proyectos locales de desarrollo. Es una forma de voluntariado que se encuentra en todos los países, si bien se ha desarrollado mayormente en países con fuerte tradición de compromiso cívico. En la Cumbre de Copenhague se reconoció la participación como un componente esencial de buen gobierno y en estos últimos años se ha convertido en el lema del desarrollo, a pesar de una fuerte crítica que discute que mucho de lo que se ha considerado participación ha sido poco más que compromiso simbólico y un medio de legitimar decisiones de personas de fuera.

Promoción y realización de campañas
La promoción y realización de campañas pueden ser instigadas y mantenidas por voluntarios, a veces llamados activistas, para, por ejemplo, ejercer presión para que un gobierno modifique la legislación que perjudica los derechos de las personas con discapacidad, o presionar para lograr la prohibición mundial de las minas terrestres, o para introducir medidas contra el racismo.

Los voluntarios prepararon el terreno para la introducción de nuevos servicios sociales en el campo del VIH/SIDA, aumentaron la sensibilidad pública sobre abusos de los derechos humanos y destrucción del medio ambiente, y participaron activamente en el movimiento de las mujeres y en campañas de democracia en muchas partes del mundo. El alcance de algunas campañas es local, el de otras es mundial.

- En cuanto al nivel de organización del voluntariado, se distingue entre voluntariado formal e informal.[66]

El voluntariado formal es aquel que cuenta con una organización estructurada (una burocracia) que realiza planificación de actividades, se relaciona con otras entidades e instituciones, desempeña un trabajo formalizado y recibe un aporte externo de competencias.

Por su parte, el voluntariado informal tiene que ver más bien con la respuesta ante necesidades determinadas, es decir, es una acción espontánea que no se relaciona con las acciones de otras organizaciones, puesto que tiene pautas de trabajo y una organización flexibles, y utiliza las competencias internas de sus propios voluntarios.

- Una cuarta tipología es la que señala que existe un voluntariado oficial y un voluntariado social de marginación[67]

Según ésta diferenciación, el voluntariado oficial es aquel que asume un sentido salarial de la gratuidad (lo que le permite establecer por ejemplo incentivos), busca la complementariedad entre la sociedad civil y el Estado y, por ello, establece lazos de dependencia entre las organizaciones y la Administración. Se critica este tipo de voluntariado por cuanto lo considera como una mera actividad de naturaleza acrítica y conservadora de los esquemas individualistas, utilitarios y mercantilistas dominantes.

[66] OIJ, 2001
[67] Ibíd.

El voluntariado social de marginación, por el contrario, es el que se funda en un sentido radical de la gratuidad, actuando sin esperar ni recibir nada a cambio, celoso de su independencia del Estado y, por su propio actuar, está consciente de que genera tensiones y conflictos y no los escabulle. Este voluntariado es una forma de vida y pretende desempeñar un papel crítico y transformador de las estructuras sociales.

- Por último, se distingue entre el voluntariado público y el voluntariado privado,[68] tomando en consideración la naturaleza de la organización en que se presta el servicio, es decir, si la organización se encuentra vinculada al Estado y sus organismos, o en cambio, si la organización es de naturaleza no gubernamental. En el caso del voluntariado privado, ha de entenderse que integran esta categoría, tanto las entidades de la sociedad civil como las empresas con fines de lucro que desarrollan programas de voluntariado.

1.3.3.1.3 Características del voluntariado en la región[69]

En América del Sur el voluntariado se ha manifestado desde la época colonial, con un mayor apogeo con el surgimiento de las organizaciones de beneficencia de origen y orientación religiosa, hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX. (Thompson y Toro, 2000). En los años ’60 surge un nuevo tipo de voluntario que pasó a llamarse “militante” y que en cierta forma desdeñó al voluntario tradicional asociándolo a la caridad y con una connotación clasista. Este nuevo voluntario, al igual que sus antecesores tradicionales donó tiempo y trabajo, asociándose a una causa de bien común, aunque auto- adjudicándose un sentimiento de mayor compromiso. Esta nueva concepción de un voluntariado más comprometido con el desarrollo, un voluntariado “transformador”, como también se le ha llamado, se situó en una posición casi antagónica al voluntariado tradicional, colocando a éste último en una situación de inferioridad, que contribuyó a su invisibilidad. En los últimos años el campo del voluntariado ha continuado sufriendo transformaciones que ha culminado en una convivencia pacífica de las distintas modalidades de trabajo voluntario. Tanto aquellos más “transformadores”, como aquellos más “tradicionales", comparten la esfera del trabajo por el bien común.

La carencia de datos y estudios relativos a la acción voluntaria no permite tener un panorama claro y detallado del sector en los países de la región, que permitan además realizar estudios comparativos. No existen en la región estudios abarcativos de esta realidad, sino sólo estudios parciales que provienen de investigaciones por parte de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) o encuestas de opinión que en los últimos años han buscado respuestas frente a la aparición pública y crecimiento de la participación

[68] Ibíd.
[69] Bettoni, A.; Cruz, A. "Voluntariado en América del Sur: perfiles, impacto y desafíos". V Conferencia Internacional de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector (ISTR). 7-10 de julio de 2002 – Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD). Montevideo, Uruguay. Junio 2002.

voluntaria. En rigor, la inclusión del tema voluntariado como tópico de investigación académica en el ámbito universitario es muy reciente e incipiente.

En Argentina, se vienen realizando Encuestas Nacionales sobre Trabajo Voluntario desde hace varios años (Encuestas de GALLUP) y las mismas muestran una fuerte expansión del trabajo voluntario. Mientras que en 1998 solamente un 11% de los entrevistados (asimilable a porcentaje de la población a nivel nacional) declararon realizar tareas voluntarias, esa cifra fue del 20% en 1999, del 26% en 2000 y del 32% en 2001. Las encuestas realizadas en Brasil indican que un 22,6% de las personas donan alguna parte de su tiempo para ayudar en alguna entidad o a alguna persona fuera de sus relaciones más próximas, y que un 16% son las que específicamente realizan trabajo voluntario en instituciones. (Landim, 2001).[70]

Estos datos indican un grado de participación voluntaria similar en la región y en aumento. Pero lo importante no es sólo ver en cuánto creció el involucramiento voluntario, sino por qué creció. Estos son procesos similares que ocurren en toda la región (Thompson y Toro, 2000)[71]. Entre los múltiples factores que coadyuvan a un proceso de este tipo pueden mencionarse:

- la difusión y promoción del trabajo voluntario a través de la prensa, la radio y la TV, con artículos y programas de investigación destinados a difundir la labor desarrollada por los voluntarios
- la difusión de las oportunidades del trabajo voluntario, a través de publicaciones y repertorios
- la incipiente investigación académica realizada en este campo
- la promoción realizada a través de las instancias abiertas de capacitación de voluntarios
- reconocimientos otorgados anualmente a los voluntarios y organizaciones voluntarias
- la solidaridad frente a la crisis económica y social
- el aumento del desempleo
- la promoción del Año Internacional de los Voluntarios AIV 2001[72]

1.3.3.1.4. El sector sin fines de lucro y el voluntariado en Chile[73]

Asumiendo una perspectiva histórica, podemos señalar que en la década del '30 en Chile se instala un nuevo sistema socio político. Se constituye un Estado que por primera vez cuenta con un sistema público de educación, salud, vivienda y otros servicios sociales. Por otra parte, existe un sistema económico proteccionista “hacia adentro” basado en la industrialización por medio de la sustitución de las importaciones. Se produce además la democratización del sistema electoral y la incorporación definitiva de las clases medias a las organizaciones socio políticas del país, dejando de ser la política un territorio casi exclusivo de los sectores acomodados. Se consolida, así, un proceso de

[70] Ibíd.
[71] En Bettoni, A.; Cruz, A. 2002. P. 9.
[72] Bettoni, A.; Cruz, A. 2002.
[73] Estudio Comparativo del Sector Sin Fines de Lucro (ESFL). Documento final. Antofagasta, Abril 2006.

democratización de las organizaciones que había comenzado a finales del siglo XIX. Esto significó la incorporación de nuevas prerrogativas y enfoques al desarrollo del sector sin fines de lucro. Todo esto propició las condiciones para un amplio desarrollo de la sociedad civil, en especial para el reconocimiento de sindicatos, organizaciones estudiantiles, campesinas y comunitarias.

A comienzos de los sesenta, el Estado chileno se vio restringido en sus recursos públicos para las políticas sociales en un contexto de creciente demanda, la que será asumida por las organizaciones de beneficencia, comunitarias y aquellas organizadas por los partidos políticos. Estos dos últimos tipos de entidades, se caracterizan por trabajar con los sectores que viven en condiciones de pobreza. Durante este período hay una evolución de la legislación en cuanto a la sociedad civil: se legalizan un gran número de organizaciones, como juntas de vecinos (1967), organizaciones de mujeres, clubes deportivos y otras de gran importancia, como son los sindicatos campesinos (1967). Así, se da existencia legal a entidades que llevaban décadas de funcionamiento sin ella. Por lo tanto, es posible afirmar que es en esta etapa cuando se inicia la consolidación de las organizaciones que hoy en día canalizan la mayor proporción del voluntariado del país.

Luego del golpe militar de 1973, el papel que el Estado había cumplido en materia social pasa de un carácter asistencial a uno subsidiario, asumiendo menor responsabilidad en materias sociales, focalizando su acción en segmentos de pobreza y reemplazando el modelo económico existente por uno “hacia afuera”, es decir, basado en la exportación e inversión extranjera interna. Esta situación genera gran impacto en la sociedad y en las organizaciones de la sociedad civil, siendo algunas de éstas intervenidas y vigiladas. Si bien la mayoría de las entidades comunitarias lograron persistir, perdieron su autonomía, sus dirigentes fueron designados y sus atribuciones y potencialidades de acción fueron reducidas.

El lugar de mayor desarrollo y acción que tuvieron las organizaciones de la sociedad civil en este período lo representó la Iglesia Católica, a cuyo alero surgieron muchas organizaciones principalmente orientadas a la defensa de los derechos humanos de quienes aparecían como víctimas del gobierno militar. Entre estas organizaciones se cuentan, por ejemplo, las organizaciones de participación comunitaria, de orientación práctica y promocional frente a los problemas sociales comunitarios. Ellas tuvieron un impulso decisivo en la generación de una sociedad civil autónoma e independiente del aparato oficial del Estado.

La crisis económica de comienzos de los ochenta generó un aumento de la demanda por servicios sociales y, al estar frente a un Estado liberal y subsidiario en materia social, se dejó abierto el espacio al surgimiento de nuevas organizaciones. Se generaron entonces las condiciones para que fueran creadas o se consolidaran entidades de carácter no gubernamental (ONG), principalmente orientadas al reconocimiento de los derechos humanos, civiles y económicos. En este período, dichas ONG amplían su campo de acción respecto de años anteriores hacia los niños, mujeres, medio ambiente, pueblos indígenas y promoción de la redemocratización.

En el área del voluntariado surgen dos vertientes. Una es de carácter cívico-militar, vinculado al gobierno y de orientación asistencialista. Otra tiene una orientación de carácter solidario. El voluntariado de esta última es articulado por las ONG y por la Iglesia Católica, las que además de apoyar, defender y proteger los derechos humanos, realizaron acciones en materias de educación, salud, capacitación, bolsas de trabajo, alimentación y otros. Así fue como, en forma paulatina, comenzó un proceso de redemocratización de las organizaciones, principalmente de las comunitarias, las cuales de nuevo pudieron elegir a sus dirigentes y expresar sus prerrogativas.

Algunos datos actuales[74] dan una panorámica del voluntariado en Chile en relación con otros países. De acuerdo a las estimaciones realizadas, el sector no lucrativo chileno emplea en forma remunerada y voluntaria sobre las 303.000 personas en Jornada Completa Equivalente (JCE). Si sólo se considera el empleo remunerado, éste representa al 2,6% de la población económicamente activa. Si el tamaño del sector sin fines de lucro se mide sólo atendiendo el empleo remunerado, Chile aparece inmediatamente después de Argentina en cuanto a tamaño relativo en el contexto Latinoamericano, pero con una distancia considerable respecto de otros países del continente, como Perú, Colombia, Brasil y México.

Un 7% de la población adulta chilena aportó durante 2004 parte de su tiempo al trabajo voluntario. Al sumar la dedicación parcial respectiva de los voluntarios y transformarla en términos de Jornadas Completas Equivalentes, se logra estimar que el voluntariado aporta 143 mil trabajos de tiempo completo adicionales, equivalentes al 2,3% de la población económicamente activa. El empleo total de la sociedad civil está compuesto en un 47% por trabajadores voluntarios, lo que presenta a Chile como el país con mayor participación de voluntariado en Latinoamérica, situándose incluso por sobre el nivel de los países desarrollados.[75]

1.3.3.1.5. Los beneficios del voluntariado[76]

El voluntariado aporta beneficios para la sociedad en general y también para el individuo que sirve como voluntario. Tiene un papel que jugar para contribuir a las tres áreas prioritarias delineadas en la Declaración y el Programa de acción de Copenhague: integración social, erradicación de la pobreza y pleno empleo.

Primeramente, el voluntariado realiza una importante contribución económica a la sociedad. Dado el impacto de muchas leyes sobre la buena disposición y capacidad de las personas a aportar voluntariamente su tiempo, existen definitivamente razones económicas para que el gobierno deba considerar medidas que hagan propicia la promoción de un entorno favorable para el voluntariado en todos los sectores y por parte de todos los ciudadanos.

[74] Estudio ESFL, 2006.
[75] Ibíd.
[76] VNU, 1999.

En segundo lugar, la participación ha sido vista por mucho tiempo como un elemento esencial de buena práctica de gobierno y desarrollo. El voluntariado es un medio clave a través del cual las personas expresan sus compromisos como ciudadanos, y al crear confianza y reciprocidad entre los ciudadanos contribuye a formar una sociedad más unida y estable. Un observador autorizado como Robert Putnam,[77] concluye que las discrepancias en rendimiento entre las diferentes partes de los países pueden ser explicadas ampliamente por diferencias en lo que él denomina "capital social", que se caracteriza por la participación en asociaciones voluntarias o "redes de compromiso cívico" horizontales. La estabilidad política y el progreso económico pueden estar tan ligados a la interacción social como al capital físico y humano.

En tercer lugar, el voluntariado ayuda a integrar a la sociedad a la gente excluida o marginada. De la misma manera, el voluntariado ofrece para la gente joven oportunidades de desarrollo personal y proporciona una base para la participación ciudadana.

En cuarto lugar, el voluntariado juega un papel en la promoción del pleno empleo al aumentar la posibilidad que las personas desempleadas consigan trabajo. Para aquellos en busca de empleo remunerado, el voluntariado puede impulsar la confianza en ellos mismos, proveer acceso a redes de lugares de trabajo y una oportunidad para el desarrollo de habilidades específicas que les pueden abrir puertas en el mercado laboral.

1.3.3.1.6. Apoyo del gobierno al voluntariado[78]

El apoyo del gobierno al voluntariado puede adquirir varias formas que se pueden resumir en las categorías siguientes: definir un enfoque estratégico, establecer un entorno propicio, promocionar el apoyo del sector privado, y llamar la atención de organizaciones internacionales. Toda acción de este tipo debería basarse en los siguientes principios básicos:

- Los gobiernos deberían elaborar políticas adecuadas de apoyo al voluntariado con la formas específicas para cada país.
- Al elaborar tales políticas, los gobiernos deberían trabajar en asociación con las principales partes interesadas, y esto comprende a los sectores privado y voluntario.
- Los gobiernos no deberían procurar y orientar el voluntariado para lograr sus propios objetivos y deberían reconocer la vital independencia de la acción voluntaria.

En América Latina, la legislación aparece como un instrumento cada vez más inviable para el fomentar e impulso de determinado tema, dado el ajuste que la mayoría de las economías de la Región experimenta y el importante recorte que el gasto público manifiesta. La regulación del tema aparece como otro objetivo importante de una ley y es quizás el más incierto cuando se trata el

[77] Citado en VNU, 1999.
[78] VNU, 1999.

tema Voluntariado. El análisis de la única legislación latinoamericana sobre voluntariado aprobada (Brasil) arroja como resultado una sintética ley de apenas 3 artículos sustantivos, donde no aparece ningún tipo de promoción o fomento del tema voluntariado y solamente se define al servicio voluntario, insistiendo que no genera vínculo laboral contractual, que puede estar sujeto a un contrato de adhesión y que solamente se retribuirán gastos en los que el prestador del servicio voluntario incurra.[79]

- Definición de un enfoque estratégico[80]

En algunos países los gobiernos han definido una estrategia total e integrada para promocionar el voluntariado, en asociación con otras partes interesadas provenientes del sector empresarial y voluntario. Los elementos de tal estrategia difieren de un país a otro pero pueden incluir:

- Establecer una dependencia especial dentro del gobierno para coordinar políticas sobre voluntariado y servir de enlace con el sector privado y voluntario cuando corresponda.
- Establecer una partida presupuestaria gubernamental para financiar las iniciativas de voluntariado.
- Promocionar el creciente compromiso de voluntarios dentro del sector público.
- Crear oportunidades para que funcionarios públicos sirvan en organizaciones voluntarias.
- Financiar una infraestructura efectiva dentro del sector voluntario en los ámbitos nacional y local para facilitar el compromiso de los voluntarios.

- Aumento de la sensibilidad pública (advocacy)

Los gobiernos pueden ayudar a aumentar la sensibilidad pública sobre la importancia del voluntariado así como las oportunidades para servir como voluntario a través de varias medidas, por ejemplo:

- Realizar o financiar un estudio básico sobre los niveles de voluntariado y su contribución para la sociedad en términos económicos y sociales.
- Trabajar con los medios de radiodifusión y la prensa escrita para promocionar la imagen del voluntariado y las oportunidades para comprometerse.
- Aprovechar el poder de la tecnología de la información para dar a conocer a las personas las oportunidades de voluntariado disponibles.
- Reconocer la contribución de los voluntarios a través de un sistema de premios adecuado a la sociedad de que se trate.
- Organización de eventos importantes o 'jornadas' para dar a conocer el trabajo de los voluntarios.

- Establecimiento de un entorno propicio

[79] Bettoni, A.; Cruz, A. 2002. P. 19.
[80] VNU, 1999.

Los gobiernos pueden apoyar el voluntariado por medio del establecimiento de un entorno legal, fiscal y de política propicio. Este puede comprender lo siguiente:

- Brindar protección legal para crear y financiar grupos voluntarios y sin fines de lucro.
- Crear una disposición legal que asegure la protección debida para los individuos que desean aportar su tiempo, como la tiene el trabajo remunerado.
- Ofrecer incentivos fiscales para motivar la creación y financiación de planes voluntarios en todos los sectores de la sociedad.
- Estudiar toda legislación, nueva y existente, con el objetivo de mejorar lo que repercute de manera positiva, y minimizar lo que lo hace negativamente, sobre el voluntariado.
- Aumentar la participación ciudadana en todos los aspectos de la administración pública, desde la planificación y creación de políticas a la distribución, control y evaluación de servicios.

1.3.3.1.7 Retos del voluntariado

Desde una perspectiva de análisis del voluntariado como expresión del movimiento social, Madrid (2002) sugiere que la característica de la acción voluntaria contemporánea es la transformación de sus modelos de institucionalización[81]. El autor plantea que, hoy por hoy, no es posible entender el desenvolvimiento del voluntariado al margen de los procesos de acción estatal, donde el voluntariado pasó de ser un instrumento provisional de actuación asistencial a un instrumento normalizado en la prestación de servicios. Tal es la dinámica de las reformas sociales de segunda generación actualmente en curso en América Latina.

En la experiencia europea, los poderes públicos tendieron a normalizar la labor del voluntariado a través de su actividad regulatoria, estableciendo un conjunto de deberes, derechos y exigencias de formación. No son pocos los casos en los que la dependencia económica del voluntariado ha generado fenómenos de dependencia ideológica.

Asimismo, el sentido de la gratuidad se ha transformado por la mercantilización de la vida social. Y lo que está a la base de una práctica como la Consejería entre pares es, precisamente, su mixtura –problemática- entre las lógicas de la gratuidad y la mercancía. De hecho, ciertos enfoques y experiencias de intervención social que han nacido como trabajo social comunitario o bien han hecho de él un componente central, han enfrentado el desafío de la llegada de recursos, que viene a problematizar las lógicas de gratuidad de los voluntarios, terminando en ocasiones por 'profesionalizar'' la energía social destinada a la labor de desarrollo[82].

[81] Madrid, Antonio; El bienestar del voluntariado. Reflexiones en torno a la institucionalización de la colaboración social gratuita; en: Robles, José Manuel (comp.) El reto de la participación. Movimientos sociales y organizaciones. Machado Libros, Madrid, 2002.

82 En Chile, podemos recordar lo ocurrido con el Proyecto Familias Solidarias, que se iniciara como un sistema solidario de cuidado infantil en sectores populares.

Existen diversas alternativas a la lógica de profesionalización del voluntariado. Una de las más importantes es el reconocimiento social y la incorporación de beneficios simbólicos. Desde la experiencia de una institución como Save the Children UK – Brasil (2003), podemos hacer referencia a diversas medidas para reivindicar el quehacer del trabajador voluntario, entre las cuales se cuenta el establecimiento de criterios de formación y acompañamiento permanentes a los educadores pares: formación, retroalimentación, motivación, refuerzo, apoyo institucional, instancias de intercambio de experiencias y de socialización, realización de monitoreo de acompañamiento que los avale en la acción, provisión permanente de recursos educativos, acreditación universitaria de las competencias, entre otros.

1.3.3.1.8. Voluntariado y desarrollo[83]

El voluntariado produce beneficios sociales relevantes. Mediante la acción voluntaria, los ciudadanos crean agrupaciones que pueden cimentar normas sociales e inculcar un sentido de responsabilidad e integración cívicas. La investigación sugiere que cuando se crean redes de organizaciones voluntarias que vinculan diferentes grupos de intereses, el incremento de la interacción conduce a un mejor entendimiento y una mayor tolerancia de la diversidad.[84] El aspecto de participación en el voluntariado puede hacer que se comprendan mejor las fuerzas que configuran los gobiernos y las sociedades, lo que conduce a una mayor transparencia y responsabilidad y a una mejor gestión pública.

Los voluntarios se guían por un conjunto de motivaciones centradas en torno al deseo de ayudar a los demás y al mismo tiempo de ayudarse a sí mismos. Al igual que ocurre con los trabajadores remunerados, los voluntarios funcionan con más eficacia cuando tienen un objetivo claro. Sin embargo, el beneficio financiero no tiene una importancia primordial en la decisión, libremente adoptada por el voluntario, de ofrecer su tiempo. El elemento de altruismo añade valor a la labor de los voluntarios, que suele caracterizarse por un deseo de integrarse estrechamente en la comunidad a la que sirven. Esas características confieren a los voluntarios un sentido de libertad que les permite hacer frente a las desigualdades y a las estructuras de poder no democráticas.

[83] Tomado de "Esfera de Intervención del PNUD: Programas Intersectoriales. Síntesis de la experiencia adquirida". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Evaluación. Nociones Esenciales, n°12, octubre de 2003

[84] PNUD, 2003.

1.3.3.2 Voluntariado, participación y VIH/SIDA: experiencias y aprendizajes

1.3.3.2.1. La participación de las PVVIH[85]. El principio de la MPPVS.

El principio de la Mayor Participación de Personas que Viven con el VIH/SIDA (MPPVS) fue oficialmente reconocido en la Cumbre sobre el SIDA de París en 1994, cuando 42 países acordaron dar apoyo a una iniciativa para «fortalecer la capacidad y coordinación de las redes de personas que viven con el VIH/SIDA y las organizaciones de base comunitaria». Esos mismos países añadieron que, «al asegurar su plena participación en nuestra respuesta común a la pandemia a todos los niveles –nacional, regional y mundial- esta iniciativa estimulará particularmente la creación de entornos políticos, jurídicos y sociales de apoyo».

La Declaración de París también expresó «determinación para movilizar a toda la sociedad –los sectores público y privado, las organizaciones de base comunitaria y las personas que viven con el VIH/SIDA- en un espíritu de verdadera asociación», así como para «implicar plenamente a las personas que viven con el VIH/SIDA en la formulación y ejecución de políticas públicas [y] velar por la protección jurídica en igualdad de condiciones de las personas que viven con el VIH/SIDA».[86]

En 2001, la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA dio su apoyo al principio de la MPPVS, que más tarde recibió el respaldo de los principios rectores de la iniciativa pro tratamiento «tres millones para 2005», desarrollados por la Organización Mundial de la Salud. Esos principios rectores establecen que «la iniciativa sitúa claramente las necesidades y la participación de las personas que viven con el VIH/SIDA en el centro de toda su programación» (OMS, 2003). El ONUSIDA ha promovido la MPPVS desde el comienzo del Programa incorporando en todos los niveles, incluida su Junta Coordinadora, a personas que viven con el VIH.

Esencialmente, el enfoque de la MPPS implica dos importantes elementos:[87]

- reconocimiento de la significativa contribución que las PVVIH pueden hacer en la respuesta a la epidemia; y
- creación de un espacio dentro de la sociedad para la implicación y la participación activa de esas personas en todos los aspectos de esa respuesta.

Esta contribución se puede hacer a todos los niveles, desde el individual hasta el institucional, y en todos los sectores, desde el social y cultural hasta el económico y político. Particularmente, la Declaración de París hace hincapié en el papel de las redes de PVVIH y de las organizaciones comunitarias de base.

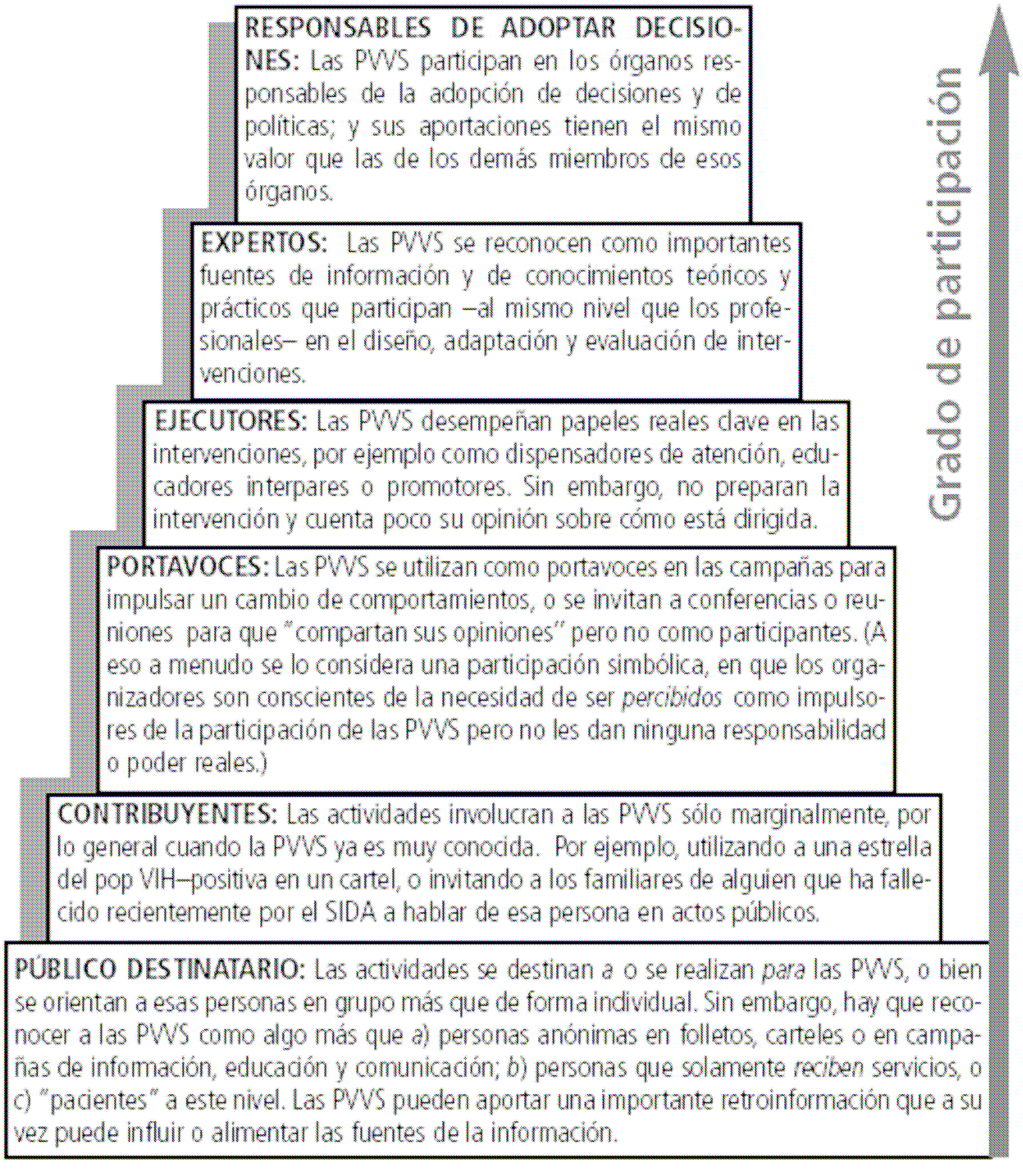
[85] Tomado de "Foco de atención: El papel crucial de las personas que viven con el SIDA." Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. ONUSIDA, 2004.
[86] ONUSIDA, 2004.
[87] Tomado de ONUSIDA: "De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)". Ginebra, Suiza. 1999.

Una mayor participación de las PVVIH implica crear un espacio para las personas con objeto de:

- aprovechar su experiencia de vivir con o de estar afectadas por el VIH/SIDA en una mayor respuesta a la epidemia; y
- darle un rostro y una voz humanos a la epidemia, en la percepción que de ella tienen las personas a las que no afecta directamente.

En un sentido operativo, esta participación puede incluir distintos papeles a muchos niveles diferentes, como se aprecia en el esquema siguiente:

Pirámide de la participación:[88] *La presente pirámide presenta un modelo de los crecientes grados de participación propugnados por la MPPS, en que los mayores grados corresponden a la aplicación íntegra del principio de la MPPS. De forma ideal, la MPPS se aplica a todos los niveles de organización.*



[88] ONUSIDA, 1999, p. 7.

Hay que destacar que ese modelo no incluye una parte importante de la MPPS: los esfuerzos de las personas a nivel individual. Si bien no forma parte de ningún acuerdo o estructura formales, la labor individual de atención –de muchas formas distintas– a los miembros de la familia y a los amigos seropositivos es una porción significativa de la respuesta mundial al VIH/SIDA.

Hay muchas razones por las que la MPPS es tan importante para la respuesta a la epidemia. A nivel social, el reconocimiento público de la participación ayuda a reducir el estigma y la discriminación, y para la sociedad es un indicador de la aceptación y el reconocimiento de la importancia de las PVVIH. Dentro de las organizaciones, la participación puede ser un poderoso instrumento para derribar los obstáculos, sean subjetivos u objetivos.

La discriminación contra las PVVIH está muy generalizada, aun cuando a veces es sutil o está escondida, y ni siquiera quienes la practican reconocen siempre de forma consciente que se trata de discriminación. Proporcionando una base para la asociación, el respeto mutuo y la comprensión, la MPPS destruye los conceptos simplistas de “proveedor de servicios” (eso es, la persona que no es VIH- positiva) y “receptor de servicios” (la persona que sí lo es).

Al igual que reduce la discriminación, la MPPS puede reforzar una organización o actividad abriéndola a las perspectivas singulares que puede aportar la experiencia directa de las PVVIH. Ese refuerzo puede producirse en el espíritu de cooperación general y en la creación de equipos, o puede incluir mejoras sustanciales en el modo de trabajar de una organización. Por ejemplo, las PVVIH pueden cumplir una importante función de apoyo en una organización o actividad en que se ha contratado o nombrado a personal que trabaja con el SIDA, tales como educadores de salud pública, médicos, psicólogos y asistentes sociales. Como ellos reciben por lo general poco apoyo psicológico y práctico en sus actividades de educación y prevención del SIDA, las PVVIH pueden aportarles sus conocimientos, ayudarles a reforzar su confianza y a valorar su contribución.

Por último, el principio de la MPPS también tiene importantes ventajas para las PVVIH como individuos. La experiencia demuestra que esta clase de participación –en especial si se produce después de un periodo de pérdida de la esperanza y depresión– refuerza la motivación de una persona. Las PVVIH (como todo el mundo) necesitan sentirse valoradas por lo que pueden ofrecer. La participación redunda en apoyo a las PVVIH y puede capacitarlas para aumentar el valor de su contribución a la organización o actividad.

Algunas experiencias de intervenciones satisfactorias relacionadas con la MPPS:

- *La Organización de Servicios sobre el SIDA (TASO), de Uganda*. Gran parte del impulso organizador gracias al cual se creó y organizó TASO provino de una mujer cuyo esposo había fallecido por causa del SIDA. Su principal “competencia” no era una capacitación formal sino una fuerte motivación,

que era el resultado de su experiencia personal atendiendo a una persona con SIDA y enfrentándose al estigma relacionado con el VIH. Desde sus inicios en 1988, TASO se desarrolló como uno de los grupos más importantes e innovadores en el campo del SIDA a nivel internacional. (Para obtener más información, véase Hampton J., *Living positively with AIDS*, disponible en Teaching Aids at Low Cost (TALC), Londres, Reino Unido.)

- *Red de Personas de Asia y el Pacífico que Viven con el VIH/SIDA (APN+)*. Esta organización de sensibilización fue creada en febrero de 1994 por 42 PVVIH de ocho países de la región de Asia y el Pacífico que se reunieron en Kuala Lumpur (Malasia) y acordaron fomentar la mejora de las condiciones de vida de las PVVIH en la región y trabajar contra el estigma y la discriminación. En la actualidad, APN+ abarca a 10 países. (Véase el sitio web *http://www.hivnet.ch/gnp/asp1.html*).

- "*Apoyo a las Personas que Viven con el VIH/SIDA*", de los Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) (referido en el capítulo siguiente).

1.3.3.2.2 Experiencias sobre voluntariado en VIH/SIDA[89]

Es posible encontrar diversas experiencias valiosas que demuestran la importancia del voluntariado en función del logro de objetivos sanitarios. De hecho, muchos de los ejemplos de voluntariado con éxito para combatir el VIH/SIDA y el paludismo se han enfocado en intervenciones basadas en la comunidad.

Las muertes por paludismo ocurren en casa y así, las intervenciones a nivel de la comunidad pueden ser cruciales para salvar vidas. El papel de los voluntarios en el control de paludismo ha sido esencial para complementar el sistema de salud mejorando el reconocimiento de la enfermedad, asegurando el tratamiento de casos febriles dentro de las primeras 24 horas, y llevando reportes de mortalidad y enfermedad. Ellos hacen posible la movilización social a gran escala y campañas de apoyo en cambio de comportamiento para la salud y para aumentar el uso de Redes Antimosquitos tratadas con insecticida (ITNs).

Los voluntarios también tienen un papel importante en el apoyo al control ambiental incluyendo, donde es posible, control de vectores. Tres iniciativas "Roll Back Paludismo" donde voluntarios son actores importantes, fueron presentadas. Todas provienen del África donde 90% de todos los casos de paludismo están reportados:

- El primer caso fue un programa basado en la comunidad en Tigray, al norte de Etiopía. 960 promotores de la salud trataron 71% de los casos asociados con paludismo y el número de muertos por la causa del paludismo en niños menores de cinco años fue reducido en 40% en las áreas con proyectos.

[89] En: VNU. REPORTE FINAL Conferencia Internacional sobre Voluntariado & los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo Humano, El Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) y el Sistema de las Naciones Unidas en Pakistán. Islamabad, 5-7 Diciembre, 2004.

También los promotores de salud fueron esenciales en el aumento del uso de Redes Antimosquitos tratadas con insecticida. Por razón del éxito en Tigray, otras regiones de Etiopía están tratando de introducir iniciativas similares.

- Otra iniciativa contra el paludismo comenzó en Uganda en 2003. Voluntarios de la comunidad fueron entrenados como distribuidores de medicamentos. El entrenamiento incluyó reconocimiento y provisión de tratamiento rápido, mantenimiento de una base de datos de niños tratados y/o referidos (documentación enviada con regularidad al Ministerio de Salud para compilación). En los dos primeros años de operación, el proyecto ha resultado en una reducción de 10% en la frecuencia del paludismo en áreas con intervención, y también en una reducción en anemia grave.

En ambas intervenciones las mayores limitaciones han sido las altas tasas de deserción de voluntarios y apoyo logístico insuficiente.

En el área de VIH/SIDA, se habla sobre iniciativas de voluntarios trabajando en comunidades para generar un cambio de comportamiento:[90]

- En comunidades rurales de Etiopía, un método integral se enfoca en salud, mujer y el ambiente. Voluntarios estarán en capacidad de trabajar con líderes comunitarios sobre temas "tabú" como VIH/SIDA, salud reproductiva, prácticas perjudiciales como mutilación femenina y derechos humanos. El hecho que los voluntarios vivan en las comunidades mismas apoya la creación de una ambiente de confianza y aprendizaje mutuo. En contraste a los proyectos de desarrollo a un mayor nivel, iniciativas pequeñas y locales que se enfoquen en "auto- apoyo" dan poder a las comunidades y ellas pueden sentir que tienen la responsabilidad de su progreso.

Dos ejemplos (Uganda y Pakistán, donde está estimado que 90% de los voluntarios emplearon un promedio de 1 -2 horas diarias en actividades en esta categoría) fueron ejemplo del modo en que los líderes religiosos pueden contribuir a la prevención de la propagación del VIH/SIDA. En Uganda, la Asociación Médica de Islam ha ayudado a los Imams a incorporar información exacta sobre la prevención de VIH/SIDA en las enseñanzas espirituales. Equipos de voluntarios de la comunidad fueron entrenados como "Trabajadores Familiares de VIH" y ayudantes a los Imams. El papel de los voluntarios estaba en proveer educación, dar consejos básicos y motivar para generar un cambio de comportamiento. Cada Imam recibió una bicicleta para supervisar las actividades. Los ayudantes recibieron un apoyo (dinero o equipo) para actividades que generaran ingresos (por ejemplo, criar pollos o cabras).

En Zimbabwe, algunas PVVIH están trabajando con empleados en los hospitales para ayudar en la reducción del estigma y la discriminación que es común entre enfermeras y doctores en el sistema público de salud.

En Botswana, se introdujo un programa multi- sectorial para la nación completa, con el fin de tratar todos los aspectos del VIH/SIDA. El virus está

[90] VNU, 2004. P. 17

alcanzando a personas capacitadas y desde el comienzo de la epidemia, el gobierno ha sido más dependiente de grandes organizaciones de voluntarios en sus planes estratégicos. Por ejemplo, un programa nacional de voluntariado ha sido implementado en cada clínica usando voluntarios de la comunidad que viven en sus casas quienes sirven a personas con la enfermedad y a los trabajadores en salud. Casi 6.000 voluntarios, usualmente enfermeras o trabajadores sociales retirados, asisten en servicios materiales y psico- social para PVVIH (PLWHA) y sus familias. PLWHA son voluntarios y ellos forman grupos de apoyo para ayudar a las familias (especialmente los niños) a sobrellevar el estrés de vivir con la enfermedad.

BONEPWA (Red de PVVIH en Botswana) es una red de 60 grupos de apoyo, cada una tiene aproximadamente 25 voluntarios quienes proveen consejo, apoyo y también educación en prevención y tratamiento de VIH/SIDA.

TCM (Movilización Comunitaria Total) es una organización que incluye voluntarios que trabaja con comunidades desde 2001 para proveer cuidado y consejo a personas enfermas. Ahora, el grupo está más involucrado en el apoyo de niños huérfanos o a quien necesita cuidado extra.

Bostwana es uno de los países más devastados por causa de la epidemia y hay escasez de recursos humanos calificados. El país reconoce el valor del trabajo voluntario pero no tiene coordinación general y esto impide la efectividad. Por esta razón, usando la Iniciativa de Capacidad en Sudáfrica, el programa VNU está apoyando el establecimiento de un proyecto nacional de voluntarios, para incluir muchos ciudadanos.

En Zambia, la Sociedad para Mujeres y SIDA es una organización de voluntarios que está trabajando para reducir el impacto del VIH/SIDA entre mujeres y niños y para proveer cuidado a los huérfanos y otros niños vulnerables. Fundado en 1989, la sociedad ahora tiene 183 grupos en varias partes del país y tiene una red de más de 10.000 miembros. Además del servicio a la comunidad y los programas de prevención, provee apoyo y cuidado a más de 7.000 huérfanos y otros niños.

El voluntariado en la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades ha producido resultados positivos por la pasión, compromiso y sensitividad de los voluntarios. También ellos tienen una apreciación sobre los cambios como un proceso continuo y manifiestan dar consejo como facilitadores, no como expertos ni maestros. Las intervenciones “compañero - a - compañero” de voluntarios han tenido mucho éxito.

Sin embargo, los esfuerzos de voluntarios usualmente no alcanzan su potencial completo debido a la escasez de recursos (humanos y económicos) y a la falta de un ambiente propicio. Los voluntarios pueden llegar a ser desanimados por causa de la falta de reconocimiento. En el caso del VIH/SIDA en particular, ellos sufren por el estigma y discriminación contra grupos específicos y contra los voluntarios. La pobreza extrema también impide a los ciudadanos llegar a ser voluntarios activos.

En el aspecto de VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades, un enfoque integral es necesario para el reconocimiento de dimensiones de género, pobreza y derechos humanos fundamentales como el derecho de vida, educación, salud, etc. La contribución de voluntarios debe ser incluida en los planes estratégicos con atención especial para mujeres y niños, especialmente los huérfanos y otros niños vulnerables, así como el aumento del apoyo económico, salud reproductiva general y acceso a la información y tratamiento. Voluntarios, especialmente mujeres, quienes trabajan en el área de VIH/SIDA algunas veces afrontan fatiga, estigmatización y discriminación, y por eso necesita apoyo psico- social.

1.3.3.2.3 Propuestas de PNUD sobre voluntariado en VIH/SIDA[91]

> "Combatir el VIH/SIDA con la ayuda del voluntariado es esencial para mitigar la difusión y el efecto de la pandemia." (Nociones Esenciales. PNUD, 2003)

La pandemia del VIH/SIDA es un problema de desarrollo que requiere una respuesta multisectorial mundial. Una de las estrategias esenciales para respaldar la lucha mundial contra la enfermedad es el apoyo a la acción comunitaria, que depende de los esfuerzos de un número muy elevado de voluntarios, incluidos activistas comunitarios, asesores, educadores y PVVIH. La respuesta nacional de muchos países con elevados porcentajes de prevalencia de la enfermedad, que carecen de programas de atención médica financiados por el Estado, se basa en la capacidad de los voluntarios para realizar aportaciones críticas.

A medida que la enfermedad erosiona las capacidades nacionales en esferas estratégicas, el voluntariado ha demostrado que hay formas de detener esa erosión y de reconstruir dichas capacidades:

- Respaldar el papel que desempeña el voluntariado en las actividades de prevención. Los voluntarios locales e internacionales fomentan en las comunidades anfitrionas las relaciones de confianza y comprensión que facilitan la divulgación de información delicada. Los voluntarios que no pertenecen a la sociedad anfitriona pueden enfrentarse con éxito al estigma social y a la discriminación.
- Promover una mayor participación de las PVVIH en iniciativas voluntarias que aborden ese problema y, mediante un proceso que facilite la autorreflexión, velar por que estén preparadas para enfrentarse con la hostilidad que pueden encontrar. También hay que proporcionar apoyo y capacitación a los supervisores de PVVIH que trabajan como voluntarias, a fin que puedan responder con eficacia.
- Alentar a voluntarios nacionales e internacionales, capaces y motivados, que trabajan en servicios o funciones no relacionados con el VIH/SIDA, a que actúen como agentes del cambio y faciliten con su labor la plena integración de las actividades de sensibilización sobre la enfermedad.
- Centrar el interés en la capacidad de los servicios voluntarios de fomento de capacidades en el marco de organizaciones de servicios relacionadas

[91] PNUD. "Esfera de Intervención del PNUD: Programas Intersectoriales. Síntesis de la experiencia adquirida". Nociones esenciales. 2003.

con el SIDA, para producir un efecto multiplicador. Los voluntarios que proporcionan asesoramiento sobre desarrollo organizativo o ayuda a la gestión no sólo potencian a la organización sino que también, mediante sus intervenciones, hacen que funcione de forma más eficiente, lo que repercute en los servicios ofrecidos a los clientes.

• Respaldar y sostener a los cuidadores. La mayor parte de los cuidados domiciliarios de pacientes en las etapas finales de la enfermedad, los proporcionan voluntarios no remunerados cuya labor no está debidamente reconocida, generalmente mujeres. Cuando empiezan a fallar los mecanismos para hacer frente al problema, la carga que suponen los cuidados puede resultar intolerable.

Como ejemplo, el texto señala que a comienzos del decenio de 1990, el distrito de Mae Chan en Tailandia tenía el porcentaje de transmisión más elevado del país. Sin embargo, para el año 2000, el éxito obtenido por ese distrito en la reducción de la enfermedad se consideraba como un modelo de buenas prácticas en toda la región. La movilización comunitaria y la respuesta de los voluntarios fueron las razones esenciales del cambio radical de la situación, según palabras de Lee Hah Hsu, Director del Proyecto del PNUD para el desarrollo y para la lucha contra el VIH en el sudeste de Asia: “Lo especial de Mae Chan es que se trata de la primera vez en la historia de la epidemia en que tantos sectores de una comunidad se han unido para luchar contra el VIH/SIDA”. La respuesta fue iniciada con rapidez por el jefe del hospital local, que movilizó a la comunidad y coordinó las actividades a través de redes de voluntarios formados por pacientes, familiares, grupos juveniles, organizaciones religiosas y personal del hospital. Se establecieron grupos de autoayuda para promover la generación de ingresos y se celebraron reuniones de educación comunitaria para fomentar la sensibilización.

1.3.3.3.4. El Programa VNU en la lucha contra el VIH/SIDA[92]

El Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) apoya y potencia las capacidades de aquellas personas afectadas por la enfermedad, trabajando estrechamente con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), las organizaciones comunitarias de base (OCBs), voluntarios de diversas organizaciones, redes de personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA y Programas de SIDA de ámbito nacional.

Desde el 2003, el Programa VNU forma parte del programa principal del PNUD para confrontar los desafíos que el VIH/SIDA genera, la Iniciativa de Capacidad de África del Sur (SACI). La contribución del VNU incluye la provisión de expertos profesionales, obtenidos principalmente de dentro de la región, para compensar la perdida constante de recursos humanos experimentados. El Programa VNU también colabora en el sostenimiento de la capacidad local; moviliza a los voluntarios a nivel local, basándose en la acción de voluntariado ya existente en la zona y atrayendo recursos sin explotar como son los

[92] Tomado de "De Hecho: Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU)", y de "De HECHO: Programa VNU y los Objetivos de Desarrollo del Milenio". En http://www.unvolunteers.org/ Documento de difusión. 2005

estudiantes universitarios, y los funcionarios jubilados, para ayudar en la provisión de servicios.

El Programa VNU, en la colaboración con ONUSIDA y el PNUD, ha fortalecido la Mayor Participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (GIPA), a través de proyectos piloto orientados a la comunidad desde 1997. Estos proyectos buscan reducir el estigma asociado al VIH/SIDA, demostrando que las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA pueden continuar trabajando y ser miembros productivos de la sociedad proporcionándoles el adecuado tratamiento y apoyo.

A través de GIPA, los Voluntarios de las Naciones Unidas - muchos de ellos viviendo con o afectados por el VIH/SIDA – trabajan con las redes regionales de las personas VVIH o que están afectadas por el VIH/SIDA, así como con las instituciones locales para desarrollar acciones preventivas, tratamientos y actividades de apoyo. Algunas de las actividades incluyen distribución de preservativos, promoción de asesoramiento y pruebas voluntario, desarrollando campañas de conocimiento en medios de comunicación, proporcionando cuidados en los hogares y estableciendo pequeñas subvenciones para la creación de actividades de generación de ingresos. Para luchar contra el estigma, los participantes comparten sus experiencias, conocimientos y habilidades para empoderar a sus compañeros e influir en políticas y programas de desarrollo. Igualmente importante es la oportunidad proporcionada a los Voluntarios de las Naciones Unidas para jugar un papel activo en la consecución de cambios positivos en sus vidas, y en las de otros, en lugar de aceptar su estatus como grupo estigmatizado.

En principio, estos proyectos se han llevado a cabo en Malawi y Zambia, expandiéndose posteriormente a Botswana, Burundi, Camboya, Cuba, República Dominicana, Guyana, Haití, Indonesia, Jamaica, Kenya, Ruanda, Surinam, Trinidad y Tobago y Zimbabwe.

El Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) trabaja sobre todo a nivel local con una serie de socios para el desarrollo con el objetivo de apoyar actividades destinadas a promover eficazmente una política pública de protección de la salud, potenciando la capacidad institucional para ofrecer un servicio efectivo, fomentando la participación de la comunidad y la auditoría y generando conciencia respecto a temas críticos relacionados con la salud.

El trabajo del Programa VNU en la promoción del voluntariado se centra en la promoción, el reconocimiento, la facilitación y la creación de redes para la acción voluntaria, a saber:

A través de voluntarios individuales, el Programa VNU

- amplía el alcance de la asistencia médica empleando medios más innovadores, como por ejemplo unidades médicas móviles;
- ayuda a los socios para el desarrollo en la prevención y mitigación de epidemias;
- cubre vacíos vitales de recursos humanos causados por epidemias como el VIH/SIDA;

• moviliza recursos humanos locales para responder a asuntos de salud pública nacional;
• forma a donantes locales de asistencia médica para lograr una mayor eficiencia en sus servicios;
• capacita en el uso de tecnología de información y comunicación (TIC) para lograr una rápida difusión de información relativa a enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

A través de organizaciones de voluntariado, el Programa VNU

• facilita la creación de comités de salud locales para apoyar centros de salud y farmacias en los pueblos;
• apoya a las organizaciones comunitarias de base locales en el lanzamiento de iniciativas comunitarias en lo relativo a mejoras sanitarias.
• moviliza el apoyo voluntario para la organización de campañas de salud;
• colabora para que organizaciones comunitarias de base y organizaciones no gubernamentales (ONG) se pongan en contacto con recursos para el desarrollo con el fin de apoyar iniciativas locales de promoción de la salud.

A través de redes de voluntarios, el Programa VNU

• genera conciencia respecto a la salud pública a través de las redes de organizaciones de voluntariado;
• apoya a redes de personas que viven con VIH/SIDA para que puedan intercambiar sus experiencias y conocimientos sobre la epidemia;
• facilita la creación de líneas de emergencia sobre temas de salud a través de redes de organizaciones de voluntariado.

1.4. Conclusiones de la revisión teórica

A partir de la revisión de modelos y estrategias pertinentes para el trabajo en VIH/SIDA tales como la educación entre pares, los GAM, el voluntariado, entre otros, se evidencia que el perfil del programa de consejería asociativa responde a los lineamientos generales que recomienda el trabajo asociado con un creciente protagonismo de la sociedad civil organizada.

La revisión de los antecedentes nos permite afirmar que las problemáticas y oportunidades de un Proyecto como el de la Consejería Asociativa están en el corazón de los debates emergentes en materia de política social, ubicándose claramente en el contexto de las reformas sociales de segunda generación, que ponen al centro una agenda donde predominan los temas de calidad, participación e integralidad, que vienen a reemplazar las cuestiones asociadas a la cobertura, la disponibilidad y la accesibilidad. Asimismo, dicha agenda está en consonancia con la consideración de la dimensión subjetiva de los fenómenos de adherencia a TARV, que desbordan la mera ingesta de medicamentos, para redefinir los supuestos sobre los que se construye la práctica y las identidades en la relación prestador-usuario. El Proyecto de consejería entra en el corazón de estos procesos al situarse en el plano de la prestación de un servicio por parte de los propios usuarios capacitados: lo que se pone al centro es el protagonismo en los procesos de resolución de problemas de salud.

Por otra parte, la agenda propia de la consejería, así como la de las comunidades de práctica y los grupos de ayuda mutua, viene a interrogar los modos habituales de organizar las prácticas de los profesionales de salud –y también de las propias asociaciones de usuarios-. De modo especial, releva la importancia del principio conversacional que está a la base de los procesos de aprendizaje y cambio promovidos en un vínculo de apoyo como la consejería.

Frente a esta realidad, el Modelo Asociativo se organiza como una opción de respuesta a las distintas demandas e interrogantes implicadas en estos nuevos modos de política pública ¿Cómo se han manifestado los diversos procesos expuestos y las consideraciones propias del Modelo Asociativo en la percepción de sus actores? Es lo que pasamos a exponer.

2. METODOLOGÍA

El estudio se implementó a través de una estrategia cuali-cuantitativa. El módulo cualitativo utiliza entrevistas individuales, observación guiada y focus group. El módulo cuantitativo consiste en la aplicación de una encuesta a una muestra de usuarios seleccionada a partir de la información disponible sobre el funcionamiento del programa.

2.1 Enfoque evaluativo: Estudio de Caso

Acorde al carácter complejo de la intervención, los procedimientos de indagación fueron seleccionados para resolver una mirada integrada de los resultados del programa. Por lo mismo, se asumió un enfoque cuali-cuantitativo para ordenar las técnicas de construcción y análisis de la información. El siguiente cuadro resume los criterios de aplicación de las técnicas y enfoque del estudio.

Actores	***Modalidad de Enfoque***		
	Cualitativo (Estructura y componentes del juicio evaluativo)		Cuantitativo (Distribución del juicio evaluativo)
	Entrevistas en profundidad	Grupos de conversación	Cuestionario
Gestores (Agrupaciones de PVVIH y Profesionales de Salud; nivel nacional y local)	√	√	–
Usuarios	√	√	√
	Análisis de Información Secundaria		
	INTERPRETACIÓN GENERAL		

La información se organizó bajo una óptica de **Estudio de Caso**, para lo cual se trabajó con fuentes de información primarias y secundarias procurando un abordaje global de la experiencia de implementación del programa en 3 regiones seleccionadas sobre las base de criterios de operatividad del servicio de consejería (número de atenciones según establecimiento) y de representatividad regional (norte, centro, sur). Se entendió que a la base de éstos operaban dimensiones epidemiológicas y político-culturales (grandes centros urbanos).

El estudio de caso[93] (Yin, 2004; Stake, 2005) es una estrategia de investigación que permite abordar preguntas del tipo *"cómo", "por qué"* y, en asociación con

[93] El Estudio de Caso es pertinente cuando el nivel de complejidad del objeto de análisis demanda al investigador centrar sus energías en el estudio del objeto singular para revelar sus múltiples atributos y relaciones complejas con el contexto; bajo esta lógica, el investigador apunta a adquirir la percepción más completa posible del objeto, considerándolo como una entidad *holística*, atributo que podemos entender en su totalidad solamente en el momento en que examinamos simultáneamente el objeto como un todo.

un enfoque cuantitativo, abordar la dimensión extensiva o distributiva *("cuántos", "cuánto").* Desde esta lógica, fue posible complementar las 3 dimensiones de interés implicadas en la evaluación:

- Descriptiva (datos duros sobre funcionamiento del programa, dimensión procedimental);
- Exploratoria (reconstruir las diversas formas en que el programa logra sus objetivos); y
- Explicativo-interpretativa (un análisis de las relaciones entre los factores nucleares de la intervención y sus factores críticos de éxito y fracaso a nivel de sistema y contexto).

A partir de los antecedentes disponibles sobre el funcionamiento del programa, se determinaron 3 focos para la realización de estudios de caso, esto es, 3 regiones: Primera Región (Norte), Región Metropolitana (Centro) y Décimo segunda Región (Sur). En estas regiones se desarrolló en profundidad el componente cualitativo por su parte, el módulo cuantitativo incorporó 3 regiones adicionales a la estrategia de cuestionario: Cuarta Región (Norte), Sexta Región (Centro) y Décima Región (Sur).

Regiones	***Módulo cualitativo***	***Módulo cuantitativo***
Norte	Primera	Primera, Cuarta
Centro	Metropolitana	Metropolitana, Sexta
Sur	Décimo segunda	Décima, Décimo segunda

Las preguntas generales a resolver por el estudio fueron las siguientes:

- *¿Cómo surge y se implementa el modelo de consejería asociativa?*
- *¿Cuáles son y cómo produce sus efectos virtuosos? ¿Cuáles son y cómo mejorar sus debilidades y oportunidades no aprovechadas?*
- *¿El modelo de consejería asociativa contribuye a mejorar el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH?*
- *¿Cuál es el nivel de logro de objetivos en relación a lo establecido por el modelo?*
- *¿Cuál es la estrategia más pertinente para "medir" el impacto del servicio?*

2.2 Modelamiento de sistemas

Para elaborar su mirada general, el estudio recurrió a la técnica de la modelación de sistemas[94], consistente en la construcción de un modelo que identifica y articula los componentes por los cuales un sistema funciona. En base a este modelo se aplicaron las técnicas evaluativas para estudiar cómo se combinaban los distintos componentes para producir los resultados esperados del Proyecto.

Se consideró que la intervención que da pie a la Consejería Asociativa tiene componentes que conforman un sistema dinámico que comprende recursos procesados de distintas formas (diagnóstico, asesoramiento, acceso a oferta pública, tratamiento) para generar resultados directos (productos o servicios), que su vez pueden producir efectos (aumento de destrezas y habilidades, mejoramiento de capacidades subjetivas, aumento uso correcto de condón, aumento de adherencia, adopción de un régimen de autocuidado) en los usuarios del programa, en el mediano y largo plazo.

La evaluación de modelación de sistemas es fundamentalmente un enfoque visual y gráfico, mediante la construcción de diagramas, con recuadros y nexos entre recuadros. Al diagramar las relaciones que hay entre las actividades de la estrategia de intervención, la modelación de sistemas facilita la comprensión de las relaciones entre las diversas actividades y el impacto que tienen entre sí. Muestra los procesos como parte de un gran sistema cuyo objetivo es responder una necesidad específica del usuario.

La modelación de sistemas usa tres tipos de elementos: insumos, procesos y productos.

- **Los insumos** son los recursos utilizados para llevar a cabo las actividades (proceso). Estos insumos pueden ser recursos, productos y servicios producidos por otras partes del sistema;
- **Los procesos** son las actividades y las tareas que convierten a los insumos en productos y servicios;
- **Los productos** son los servicios directos y tangibles que produce el proceso;
- L**os resultados** son las consecuencias de los procesos;

[94] Basado en: Salamanca, Fernando; LA EVALUACIÓN DE MODELACIÓN DE SISTEMAS EN INTERVENCIONES EN FAMILIAS VULNERABLES; Material Docente Postítulo Puente-Universidad de Chile, 2005.

2.3 Técnicas e instrumentos.

2.3.1 Módulo cualitativo

El uso de técnicas conversacionales resultó fundamental en la tarea de reconstruir la experiencia de implementación del modelo desde la perspectiva de sus actores, esto es, usuarios y gestores a nivel nacional y local.

Procedimientos de trabajo en terreno

En el módulo cualitativo, el equipo se organizó con encargados de terreno coordinados por la dirección técnica. Por otra parte, el criterio de confidencialidad establecido por la contraparte transformó a los Equipos de Salud y los consejeros entre pares en el nexo fundamental para acceder a los usuarios; en algunos casos, esta responsabilidad fue delegada en los consejeros. En este escenario, el despliegue de las técnicas en las regiones I y XII se desarrolló sin contratiempos; en el caso de la Región Metropolitana, existieron dificultades para acceder a los usuarios, atribuibles a problemas de tiempo y/o disposición de algunos profesionales de los equipos locales así como a dificultades de coordinación institucional entre la contraparte y algunos centros considerados en la muestra (fundamentalmente en el caso de la Fundación Arriarán).

Para ambos módulos, antes de la realización de las entrevistas o encuestas se aplicó el formulario de consentimiento informado incluido en anexo.

En el transcurso del trabajo, se desarrollaron intercambios entre los investigadores emplazados en terreno para analizar constataciones temáticas y cuestiones de orden metodológico, que permitieron ir adecuando la agenda de terreno. En términos generales, las pautas de entrevista definidas se mostraron adecuadas para construir los datos de investigación.

Las técnicas y su aplicación

Respecto de las aplicaciones acordadas en la Propuesta Técnica Modificada, se realizó un número mayor de entrevistas cercano al 25%. Lo anterior se explica en función de las adecuaciones del diseño muestral cualitativo destinadas al aumento de los niveles de pertinencia.

Nº Entrevistas	Nº	%
Comprometidas	46	100
A realizar	57	124
Diferencia	***11***	***24***

A continuación, se presenta el detalle de la situación de aplicación de las técnicas (en tono azul, las entrevistas fallidas).

Cuadro: Entrevistas Individuales, Nivel Nacional

Tipo	CONASIDA	VIVO POSITIVO	APOYO	Total
Entidad Responsable	Humberto Hernández Edith Ortiz	Marcos Flores Vasili Deliyanis Marina Carrasco		4
Coordinación Nacional	Rodrigo Lagos	Rodrigo Tossi		2
Coordinación operativa	Karina Jara	Erika Espinoza Doris Yáñez		3
Equipo Apoyo Psicológico			Marcela Mesina	1
Receptor Principal			Pamela Hernández	1
Equipo de Capacitación			Carlos Beltrán Patricio Hernández	2
Total	**4**	**6**	**4**	**13**

Las entrevistas fallidas del nivel nacional se debieron a problemas de agenda de los actores selecionados.

Entrevistas Individuales, Nivel regional (3 regiones priorizadas)

Tipo	Norte	Centro	Sur	Total
Director@s de Hospitales	**Hospital Dr.Juan Noe**	**Complejo Hospitalario Norte**	**Hospital Regional de Punta Arenas**	
	Rodrigo Iraguen	Marcos Clavero	Jorge Bardisa Ma. Cristina Díaz	4
Encargad@s de programa VIH Servicio de Salud	Carlos Gallo	Carmen Garcés	Sandra Oyarzo Karen Pereira	4
Encargad@s Centros de Atención Integral VIH	Carlos Gallo	Ana Maria Burdiles	Stanko Karelovic (*)	3
Presidentes Agrupaciones y org. de PVVIH	Rosa Trigo Juan Luis Castillo	César Herrera	Sergio Oyarzo	4
Coordinador@s locales Serv Salud	Roxana Galvez	Viviana Norambuena	Tatiana Navarro Karen Antiquera	4
Coordinador@s Locales Agrup. PVVIH	Jose Maldonado	Marcos Muñoz	Jaime Paradis	3
Consejer@s	José Maldonado	Marcos Muñoz	Jaime Paradis Sergio Oyarzo	5
Total				28

En el caso de los actores que no fue posible de entrevistar, los 2 casos de la región metropolitana presentaron problemas de agenda (de todas formas, si bien no pudo ser entrevistado en términos personales, el dirigente César Herrera participó en el grupo focal de presidentes). En el caso del Dr. Karelovic, jefe del programa en la XII Región, señaló *"No estoy de acuerdo con el programa y no doy entrevistas"*, siendo el único rechazo entre los gestores del programa.

Entrevistas individuales a Usuarios, según región seleccionada

Región	Usuario	Tipo
Primera Región	Usuario 1	Mujer, 23 años
	Usuario 2	Mujer, 40 años
	Usuario 3	Varón, 27 años
	Usuaria 4	Varón, 25 años
	Usuaria 5	Varón, 36 años
Región Metropolitana	Usuario 6	Varón, 35 años
	Usuario 7	Varón, 30 años
Duodécima Región	Usuaria 8	Varón, 55 años
	Usuaria 9	Mujer, 21 años
	Usuario 10	Mujer, 29 años
	Usuario 11	Varón, 33 años
Total	11 Entrevistas	

Los usuarios que accedieron a ser entrevistados responden a los criterios establecidos en términos de haber participado del Proyecto de Consejería durante su primera fase. La muestra cubre los rangos de edad (adultos jóvenes, adultos y adultos mayores) y sexo (varones y mujeres). Es importante tener en cuenta que en el caso de la región metropolitana, la fase de terreno del estudio estuvo atravesada por la paralización del personal de salud, hecho que generó una baja en la asistencia de los usuarios.

En términos de las reuniones grupales, el resultado fue el siguiente:

Reuniones Grupales realizadas[95]	
Grupo focal	Coordinadores Locales Consejeros
Grupo focal	Presidentes de Agrupaciones PVVIH
Entrevista Grupal	Coordinadores Locales Equipos de Salud
Entrevista Grupal	Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO

Se asume que la mayor parte de los usuarios, por tratarse de sistema público, pertenecen a nivel socioeconómico bajo y medio bajo.

[95] Después de dos intentos fallidos (uno en las oficinas del Receptor Principal y otro en las dependencias del Hospital Salvador), no fue posible realizar el focus de usuarios.

2.3.2 Módulo cuantitativo

1) Universo y Muestra

El universo de la investigación comprendió a usuarios que participaron del programa de consejería entre pares durante la primera fase del proyecto Fondo Global. El marco muestral se extrajo de la información contenida en la sistematización de las fichas de atención entregada por la Contraparte Técnica del estudio. A continuación se entrega la información contenida en dicha sistematización:

Región	Centro de Atención	Nombre Consejero/a	Sexo de la persona		
			Hombre	Mujer	Total
Primera	CETS Arica	Deni Cristi	35	18	53
		José Maldonado	35	16	51
Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	15	10	25
	Unidad de Dermatología Hospital de Coquimbo	Carlos Ossandón	12	6	18
Sexta		Patricia Estolaza	11	5	16
	CAE Hospital de Rancagua	Iván Arenas	16	4	20
		Lenix Retamal	6	2	8
		Santiago Flores	17	3	20
Décima	Hospital de Puerto Montt	William Morales	7	4	11
Duodécima	CAE Hospital de Punta Arenas	Jaime Paradis	14	4	18
Metropolitana	CDT Dra. Eloisa Díaz Complejo Hospitalario Norte	Daniel Salfate	69	10	79
		Luis Benavides	28	5	33
		Marco A. Muñoz	45	11	56
	Fundación Arriarán Hospital San Borja Arriarán	Jacqueline Silva	65	20	85
		José Infante	97	26	123
	Dermatología Hospital del Salvador	Daniel Palma	3	1	4
		Fernando Fuenzalida	24	8	32
		Rosa Narvai	6	4	10
	CDT Hospital Barros Luco	José Sesenque	6	2	8
		Marcela Meneses	1	0	1
	CDT Hospital Sótero del Río	Jorge Carreño	10	3	13
		Manuel Agüero	11	8	19
		Roza Muñoz	16	2	18
		Roxana Rojas	4	6	10
Total			553	178	731

Muestra de Usuarios[96]

Teóricamente, se propuso una muestra polietápica y probabilística en la selección de las unidades primarias y de las unidades de análisis. Para implementar dicho diseño se establecieron las siguientes etapas operativas:

96 En anexo se presenta el listado de usuarios seleccionados en base a los criterios descritos.

1) Se incluyó a todos los consejeros registrados en la sistematización de información de las fichas de atención.
2) Se elaboraron listas de usuarios por cada consejero segmentadas por sexo.
3) En las listas confeccionadas, cada usuario recibió un número aleatorio.
4) En cada lista, los usuarios fueron ordenados según número aleatorio.
5) Los usuarios seleccionados para la muestra fueron los primeros de la lista ordenada, hasta completar el tamaño de la submuestra, los restantes usuarios fueron considerados reemplazos.

Este procedimiento se cumplió durante el mes de Junio; las listas con los usuarios seleccionados y reemplazantes fueron entregadas a los equipos de salud durante la primera semana de Julio.

Tamaño de la muestra

Producto del proceso de inducción y del análisis del marco muestral se propusieron dos tamaños maestrales teóricos, un mínimo de 253 entrevistas, y un máximo de 350, los que actuaron como límites inferior y superior del tamaño de la muestra a obtener efectivamente.

Durante el trabajo de terreno, el tamaño que representaba el marco muestral sufrió alteraciones debidas a la imposibilidad de acceder a los usuarios del Hospital San Borja Arriarán, y a la disminución del marco muestral en el CDT Eloisa Díaz. Dicha modificación introdujo una desproporcionalidad de las submuestras incluidas y por lo mismo, implicó un aumento de las submuestras no alteradas[97].

Para subsanar dicha situación durante la etapa de terreno se resolvió contactar a todos los usuarios de las listas (seleccionados y reemplazantes), para ser entrevistados y avanzar en el cumplimiento de los tamaños preestablecidos.

2) *Trabajo De Terreno*

El equipo de terreno estuvo constituido por 1 Jefe de Terreno y 10 entrevistadores, estas últimas, asistentes sociales y profesionales del área social que fueron capacitadas por el responsable del módulo para aplicar los cuestionarios.

a) Pretest.

La aplicación del pretest se realizó durante la última semana de Julio y la primera semana de Agosto en las ciudades de Arica, Santiago y Punta Arenas.

Aplicación Pre test (Regiones y Nº entrevistas)	
Arica	44 Entrevistas
Santiago	3 Entrevistas
Punta Arenas	4 Entrevistas

[97] Aunque parezca paradójico, a pesar de la disminución del marco muestral, la obtención de una nueva muestra no implica una disminución significativa del tamaño.

La primera aplicación del instrumento se realizó en el hospital Salvador, mostrando deficiencias en los siguientes puntos: el instrumento no incluía la posibilidad de demanda espontánea de atención de los usuarios hacia los consejeros, ni la posibilidad de contacto por iniciativa del consejero. La segunda aplicación del instrumento se realizó en Arica y Punta Arenas simultáneamente, no mostrando deficiencias.

La aplicación del pretest estuvo a cargo de tres investigadores del equipo ejecutor.

b) Trabajo de Terreno.

La modalidad de implementación escogida para el trabajo de terreno dependió del nivel de colaboración de los equipos de salud involucrados. A continuación se describen los diferentes tipos utilizados para cada centro.

En los casos de Arica, La Serena, Coquimbo y Rancagua, los equipos de salud mostraron un alto nivel de colaboración con el equipo ejecutor. En los 3 primeros casos, el equipo de salud realizó los contactos con los usuarios y en el caso de Rancagua, se destinó una entrevistadora en el hospital durante 12 días (5 al 22 Septiembre). En algunos casos, el trabajo de terreno se complejizó por razones ajenas al estudio (Paro del sector de salud). De este modo, en los centros referidos se obtuvieron las siguientes cantidades de entrevistas válidas: Arica (39[98] en 5 días), La Serena (12, en 2 días), Coquimbo (12, en 2 días) y Rancagua (12, en 12 días).

En el caso de Puerto Montt, el equipo de salud mostró interés por el estudio, realizándose el terreno durante la primera semana de Septiembre (3 entrevistas). En Punta Arenas, el equipo de salud mostró una voluntad de colaboración con el equipo ejecutor, aunque en los hechos delegó en el consejero el acceso a los usuarios, permitiendo obtener un total de 4 entrevistas válidas, en un período de 5 días.

Por su parte, la generalidad de los equipos de salud de Santiago declaró no tener tiempo para realizar los contactos con los entrevistados. Para solucionar dicha situación se implementaron diferentes alternativas desde el equipo ejecutor.

Centro Eloisa Díaz: El acceso a los usuarios se realizó en el mismo centro, al momento de su control. Para ello fue necesario obtener las autorizaciones para cruzar la base de activos del centro y la base de fichas de atención del programa, con el objetivo de conocer la identidad de las personas a entrevistar. Los códigos de identificación de ambas bases no eran comparables, por ello fue necesaria una depuración de la base, obteniéndose una correspondencia de 79 casos. La colaboración del equipo consistió en facilitar el uso de las infraestructuras, el control del acceso al entrevistado, pero no participaron en la programación de entrevistas. El trabajo de terreno consistió en disponer una

[98] Se desecharon cinco por no corresponder al período evaluado.

entrevistadora todos los días hasta el 22 de Septiembre. En total se obtuvieron 32 entrevistas.

Hospital Salvador: La forma de acceso a los usuarios se realizó en el mismo centro. Argumentando falta de tiempo y personal, el equipo de salud transfiere la responsabilidad al consejero. Para el trabajo de terreno se instaló una entrevistadora los días en que asistían los consejeros al hospital, desde el 31 de agosto hasta el 13 de Septiembre. En total se obtuvieron 4 entrevistas.

CDT Hospital Sótero del Río: Se accedió a los usuarios en el mismo centro. Al igual que en el caso anterior, el equipo de Salud transfiere la responsabilidad en el consejero. El trabajo de terreno consistió en tener una entrevistadora los días en que asistieron los consejeros al hospital, desde el 6 hasta el 22 de Septiembre. Se obtuvieron 8 entrevistas.

Hospital Barros Luco: El contacto se realizó, pero problemas en la lista de usuarios impidieron realizar entrevistas.

Hospital San Borja Arriarán: Por circunstancias institucionales[99], no fue posible establecer contacto con el equipo de salud, las únicas 3 entrevistas logradas fueron a través de la consejera.

TAMAÑO FINAL DE LA MUESTRA

Al final de la etapa de terreno, se obtuvieron 123 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera:

Región/Centro	Muestra Lograda		Muestra Límite Inferior	% de logro
ARICA	39		36	108%
LA SERENA	10		8	125%
COQUIMBO	8		6	133%
PUNTA ARENAS	4		6	67%
RANCAGUA	10		23	43%
PUERTO MONTT	3		3	100%
CDT ELOISA DIAZ	32		59	54%
SOTERO DEL RIO	8		21	38%
SALVADOR	4		15	27%
ARRIARAN	3		73	4%

La muestra obtenida se caracteriza por estar desproporcionada con respecto al marco muestral –específicamente, en la ciudad de Santiago- debido la baja tasa de acceso a los usuarios seleccionados para ser entrevistados. El equipo ejecutor decidió mantener las proporciones de las submuestras tal cual se obtuvieron, desechando la posibilidad de utilizar ponderador, ya que la aplicación de este procedimiento implicaría asignarle excesivo peso a un

[99] Sin perjuicio de las gestiones realizadas, no fue posible lograr el acuerdo institucional para acceder a los usuarios que se atienden a través de la Fundación Arriarán.

número pequeño de casos en desmedro de otros, lo que implicaría una intervención directa de los datos.

El tamaño final, asumiendo aleatoriedad simple, posee un error de muestreo de 8% y un nivel de confianza de un 95%, con máxima varianza en las respuestas. La importancia de esta muestra es que representa la opinión de 123 personas, excluyendo al Hospital San Borja Arriarán, equivalente a 20% de los usuarios del programa en esta primera fase.

3. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El Programa de Consejería Asociativa

Durante la primera fase del proyecto Fondo Global–Chile se inició un proceso de instalación asociativa de programas locales de Servicios de Consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a Personas viviendo con VIH, elaborados entre equipos de salud y consejeros(as) entre pares, seleccionados(as) y capacitados(as) desde las agrupaciones de PVVIH que integran la red de VIVO POSITIVO. Estas iniciativas fueron definidas para complementar el trabajo que venían realizando ambos grupos.

El trabajo se organiza sobre la base del Modelo de Consejería Asociativa para el Autocuidado, Adherencia a Tratamiento Antiretroviral y Prevención Secundaria del VIH/SIDA y las ETS/ITS. El modelo se ha desarrollado en el marco del sub- proyecto “Servicio de Consejería Asociativa en Autocuidado, Adherencia a Tratamiento Antiretroviral (TARV) y Prevención Secundaria del VIH y las ETS” del Componente de Atención Integral del Proyecto “Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Intersectorial, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile”, financiado por el Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, que a partir de agosto del 2005 ha sido desarrollado de manera co- gestionada entre la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA y VIVO POSITIVO.

Este modelo consiste en una fórmula de trabajo colaborativo entre el Estado y la Sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH que se atienden en los centros de salud del sistema público. Su diseño y ejecución es responsabilidad conjunta entre la Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de PVVIH, VIVO POSITIVO, quienes acordaron promover un trabajo asociativo entre los Servicios de Salud y las Agrupaciones y Organizaciones de Personas que Viven con VIH (PVVIH). Para el diseño de este modelo se consideraron las experiencias de consejería de ambas instituciones, así como las de otros actores, tales como los Servicios de Salud y los Organismos No Gubernamentales con trabajo en SIDA. Su construcción se ha desarrollado a través de reuniones de coordinación entr sus representantes y la copra de servicios para la sistematización de las experiencias prácticas y teóricas, el diseño de jornadas de capacitación y de implementación a nivel local, además de un programa de acompañamiento monitoreo y evaluación. Sus objetivos apuntan a:

- Fomentar el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH.
- Mejorar los niveles de adherencia a tratamientos antiretrovirales.
- Facilitar la prevención secundaria del VIH y las ETS.
- Ampliar la cobertura de atención en consejería a las personas viviendo con VIH en los Centros de Atención Integral del Sistema Público de Salud.

- Fortalecer los aspectos técnicos de la consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas Viviendo con VIH.

A nivel del 'Sistema' de Consejería para el Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria del VIH/SIDA (que integra la prestación del Equipo de Salud), los objetivos son los siguientes:

- Aumento del nivel de adherencia a tratamientos antiretrovirales.
- Aumento del uso del preservativo en PVVIH
- Aumento del nivel de información sobre estrategias de Autocuidado en PVVIH.
- Fortalecimiento del trabajo asociativo entre Equipos de Salud y PVVIH.

Su diseño consideró las experiencias de prevención del VIH en particular las estrategias de consejería en VIH de ambas instituciones, así como las de otros actores, tales como los Servicios de Salud y los Organismos No Gubernamentales con trabajo en SIDA.

En términos de población objetivo, el Modelo de Consejería Asociativa está focalizado en los adultos PVVIH que se atienden en los Centros de Atención Integral del sistema público de salud.

Áreas de abordaje de la Consejería entre pares a PVVIH[100]

El "Modelo de Consejería Asociativa" se organiza sobre la base de 3 líneas de trabajo: promoción del autocuidado, refuerzo a la adherencia y prevención secundaria. Las líneas de acción de cada área son los siguientes:

- Autocuidado: se entiende como la adopción por parte de una PVVIH de las medidas necesarias para favorecer el bienestar físico y psicológico en un proceso dinámico y amplio que se encuentra presente a lo largo de la vida de los individuos. Este proceso de Autocuidado involucra diversas dimensiones: física, espiritual, cognitiva, emocional, política, económica y social. El desarrollo de acciones orientadas al propio cuidado de las personas que viven con VIH, en las dimensiones señaladas, favorece lograr un mejoramiento en la calidad de vida y en su entorno. Un(a) Consejero(a) entre Pares puede dar orientación en los siguientes temas referidos al Autocuidado:

- Funcionamiento del Programa de Atención a PVVIH en el Sistema Público de Salud.
- Derechos de las PVVIH.
- Orientación sobre exámenes de monitoreo.
- Alimentación saludable.
- Hábitos higiénicos saludables.
- Apoyo emocional.

[100] Tomados del Documento de Trabajo "Modelo Consejería Asociativa para el Autocuidado, Adherencia a Tratamiento Antiretroviral y Prevención Secundaria del VIH/SIDA y las ETS/ITS; VIVOPOSITIVO-CONASIDA; Componente de Atención Integral; 2005".

- Información y prevención del desarrollo de Enfermedades Oportunistas (E.O).

- Adherencia a TARV: Se entiende como el compromiso activo de una PVVIH en relación a su tratamiento antiretroviral y la asistencia oportuna a sus controles de salud y exámenes de monitoreo. En este compromiso intervienen varios factores relacionados con la propia persona, con el tratamiento, con el equipo de atención integral, con el apoyo o soporte social de los pares y con el acceso oportuno a los tratamientos antiretrovirales. La adherencia tiene entre sus objetivos evitar el fenómeno de la resistencia, es decir, reducir la necesidad de cambiar de esquema farmacológico. Un(a) Consejero(a) Entre Pares puede dar apoyo en los siguientes temas referidos a la Adherencia:

- Preparación para el Inicio de tratamiento.
- Enfrentamiento de posibles molestias al inicio de la terapia antiretroviral.
- Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales.
- Promoción de asistencia y participación activa en controles médicos.
- Acceso a información sobre tratamientos antiretrovirales.

- Prevención secundaria: se entiende como el conjunto de acciones destinadas a involucrar a las PVVIH en la temática del VIH/SIDA, con el propósito de disminuir los efectos negativos del VIH, a través del desarrollo de la gestión de riesgo en el marco de la vivencia plena de la sexualidad, para evitar la adquisición de ITS y readquisición y/o transmisión del VIH, centrándose en su vulnerabilidad, el uso correcto del condón, a través de la evaluación y promoción de su uso. Un Consejero/a entre Pares puede dar orientación en los siguientes temas referidos a la Prevención Secundaria:

- Sexualidad – vida sexual en PVVIH.
- Uso correcto y sostenido del condón y lubricante a base de agua.
- Prevención de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual (ETS/ITS).
- Prevención de la re-adquisición e impacto de otras infecciones.
- Vías de transmisión del VIH.
- Promoción de asistencia a especialidades médicas según requerimientos personales.

El programa desarrolla dos conceptos centrales en su gestión operativa:

- Gestión del riesgo: concebida como un proceso que corresponde al conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias de autocuidado. Es un proceso dinámico que permite ser analizado en determinados momentos, evaluando su eficacia y eficiencia, por la persona, con el propósito de desarrollar la autonomía y el compromiso con las conductas desarrolladas.

- Vulnerabilidad: es la condición resultante de la restringida y/o nula presencia de información, soportes sociales, económicos, políticos y de acceso a asistencia en salud con las que cuentan las personas. De esta manera, ser vulnerable, en el contexto del VIH/SIDA, es tener escaso y/o ningún acceso a

información correcta, asistencia médica, apoyo social, legal y/o control sobre el riesgo de adquirir VIH, ETS/ITS; el reconocimiento de esta condición involucraría efectuar un proceso de gestión de riesgo.

Estrategias de apoyo en consejería a PVVIH para autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria

Existen 3 tipos de estrategias definidas por el modelo (la evaluación estuvo centrada en las 2 últimas):

- Consejería desde el Equipo de Atención Integral: Es la actividad de consejería a consultantes ejecutada por los integrantes del equipo de atención en salud a PVVIH capacitados en información y apoyo para el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria.

- Consejería Entre Pares: Es la actividad de consejería a PVVIH ejecutada por personas que viven con VIH capacitadas en información y apoyo para el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria.

- Consejería asociativa: es una instancia de coordinación y retroalimentación entre los consejeros/as del equipo de atención integral y los consejeros/as entre pares, con el fin de potenciar y complementar los efectos de las intervenciones de cada uno en consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaría a las PVVIH. Se desarrolla a partir de un programa de trabajo conjunto que considera la coordinación entre la consejería de los equipos de atención integral y la consejería entre pares que se implementa en cada Centro de Atención Integral a PVVIH que participa del proyecto

Estrategias de implementación del modelo

Las estrategias diseñadas para implementar el modelo fueron consecutivamente las siguientes:

1. Convocatoria.

En el contexto del Proyecto del Fondo Global, CONASIDA y VIVO POSITIVO convocan a los integrantes de los equipos de salud capacitados en consejería, y a integrantes de las Agrupaciones y Organizaciones de PVVIH, interesadas en realizar un trabajo de consejeros/as entre pares (PVVIH) en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a PVVIH. Los/las consejeros/as se incorporaron a los equipos de atención a través de un programa formal, que convoca a los centros de atención a participar de una capacitación conjunta en consejería para el autocuidado y prevención secundaria. La invitación se focaliza en integrantes de los equipos de atención que tuvieran un desarrollo de actividades de consejería a PVVIH, que a la vez podían tener capacitación en consejería de atención primaria. El llamado inicial es a conocer el proyecto y una de sus estrategias es la capacitación conjunta con integrantes de las agrupaciones seleccionadas.

En el caso de los equipos de atención que venían trabajando previamente y habían sido capacitados para generar un programa de consejería asociativa a nivel local, se les convoca a través de los servicios de salud. A través de esta instancia, los equipos son informados sobre la existencia de una PVVIH que ha sido seleccionada para ser consejera y que será capacitada en esta actividad. Para ello se estipula la presentación de antecedentes personales e institucionales en términos de la postulación.

- Taller de "Socialización, validación y aportes para la Construcción de un Modelo de Consejería para el Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria" (Hotel Providencia, 27-28 de enero de 2004)

En el taller participaron 8 personas desde los equipos de salud y 9 personas desde las agrupaciones de PVVIH a nivel nacional. Sus objetivos específicos fueron:

- Compartir los avances en el diseño de un modelo asociativo para apoyar el autocuidado, adherencia a tratamientos y prevención secundaria en personas que viven con VIH.
- Analizar la pertinencia y precisión de las definiciones conceptuales propuestas para el modelo (asociatividad, autocuidado, adherencia, prevención secundaria del VIH).
- Aportar a la definición de los roles de los equipos de salud y los consejeros(as) entre pares en el contexto del proyecto F. Global.
- Analizar la factibilidad de implementación del modelo, a través de un análisis de sus estrategias: Programa de capacitación compartido entre actores sociales y del sistema de salud (agrupaciones de personas viviendo con VIH y equipos de salud), sistema de convocatoria y selección de los consejeros entre pares, contratación, sistema de acompañamiento técnico (gestión) y psicológico, sistema de registro para el monitoreo y propuesta de organización del servicio de consejería en los centros de atención.

Se realizaron exposiciones temáticas y trabajos en grupo. En éstos, los temas que se informan tienen relación con:

- Principios orientadores para el trabajo asociativo entre equipos de salud y agrupaciones de PVVIH.
- Diseño de gestión del modelo y definición de los roles de los equipos de salud y de los consejeros entre pares.
- Marco conceptual del modelo; autocuidado, adherencia y prevención secundaria del VIH.
- Programa de capacitación: análisis y propuestas.

Para cada uno de estos puntos, los grupos de trabajo plantearon sus observaciones y propuestas (ver anexo). A partir de esta actividad, toma forma definitiva el documento que constituye el Modelo Asociativo, el cual sirve de base para la organización de los programas locales.

2. Selección

Durante el mes de noviembre de 2003, CONASIDA y VIVO POSITIVO acordaron realizar un proceso de evaluación psicológica a los postulantes a consejeros(as) entre pares de las diferentes Agrupaciones de PVVIH del país, con el fin de contar con personas que cumplan con el perfil diseñado para este cargo. Para estos efectos, se hizo una licitación privada para contratar una empresa que realizara el proceso de evaluación psicológica, habiéndose adjudicado el proceso la empresa Centro Psicólogos Ltda.

Durante enero de 2004, la empresa contratada realizó el trabajo de coordinación con CONASIDA y con VIVO POSITIVO para definir la entrevista y el cronograma de trabajo. Se contó con tres profesionales psicólogas con experiencia en evaluación psicológica que focalizaron su trabajo en tres zonas del país (Norte, Centro y Sur). Cada una de las psicólogas viajó hasta la región de residencia de los postulantes para trabajar en sesiones personalizadas, las que se realizaron la mayor parte de las veces en dependencias de los Servicios de Salud.

Los objetivos de este proceso fueron definidos del siguiente modo:

- Objetivo general:

- Seleccionar los candidatos(as) más idóneos para ser capacitados como consejeros(as) entre pares para la implementación de un servicio de apoyo, información y orientación entre pares, coordinado entre CONASIDA y VIVO POSITIVO, con participación de agrupaciones locales de PVVIH y los equipos de salud tratantes a PVVIH en los Servicios de Salud del país.

- Objetivos específicos:

- Evaluar características de personalidad, motivación al apoyo entre pares (PVVIH), al trabajo en equipo y habilidades comunicaciones relevantes para la actividad de consejería orientada al autocuidado, adherencia a tratamientos y prevención secundaria, en cada uno(a) de los postulantes.
- Seleccionar entre los postulantes evaluados aquellos que cumplen de mejor forma con el perfil de consejero(a) entre pares definido en este documento.
- Disponer de una propuesta priorizada de postulantes a consejeros de pares por centros de atención.

<u>Criterios y requisitos de postulación</u>

Se definió un perfil de los candidatos a consejeros entre pares (PVVIH), que determinó las siguientes características:

Generales:
- Nivel educacional: Enseñanza básica completa, con habilidades de lecto-escritura en uso.

- Personas que se atienden en los programas VIH de los servicios de salud públicos y que pertenezcan a las Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH-SIDA que conforman la Red Nacional de VIVO-POSITIVO.
- 25 años de edad como mínimo.
- Personas con continuidad de trabajo en sus respectivas Agrupaciones y/o Organizaciones.
- Personas que han prestado apoyo a su Agrupación u Organización en intervenciones locales en la temática de prevención y/o apoyo entre pares en el marco del VIH-SIDA.
- Personas que hayan pasado por un proceso de acompañamiento y apoyo individual, posterior a su propia notificación.
- Disponibilidad de horario para la realización de consejerías.
- Características particulares:

Área Comunicación:
- Empatía en la relación con PVVIH que han sido recientemente notificadas y que inician o están en tratamiento.
- Capacidad de escucha activa.
- Capacidad de acogida y calidez en el trato personal, conservando la distancia correspondiente al rol de Consejero/a.
- Respeto por las creencias, costumbres y estilos de vida, reconociendo los propios juicios.
- Vocabulario adecuado a la situación laboral y capacidad de adecuarse al interlocutor, conservando siempre el respeto.
- Optimismo en la relación con el usuario, manteniendo la precaución de no generar falsas expectativas.
- Asertividad.

Área laboral:
- Capacidad de trabajo en equipo: El/la consejero/a es parte de un equipo de trabajo conformado por profesionales de distintas áreas de la salud y administrativos.
- Proactividad.
- Iniciativa (asociado a la sugerencia para derivaciones).
- Compromiso con las actividades emprendidas en el programa.
- Confidencialidad con el manejo de información.
- Probidad
- Capacidad de resolución de conflictos.
- Capacidad de reconocer las propias limitaciones: habilidad para evaluar el momento indicado para una derivación, tolerancia a la frustración y, reconocer errores, solicitar ayuda.
- Flexibilidad y adaptabilidad a los cambios.
- Capacidad de planificación y organización de las tareas.

Área personal:
- Capacidad de auto instrucción (motivación por el crecimiento personal y aprendizaje continuo).
- Capacidad de liderazgo (participativo, horizontal, colaborativo).

- Auto control y manejo de la ansiedad de otros/as.
- Perseverancia.
- Orientación al desarrollo de las personas (orientar, apoyar, ayudar, potenciar, fortalecer la toma de decisiones, empoderamiento del otro, entre otros)
- Motivación
- Autonomía

Área Intelectual:
- Rendimiento intelectual Normal – Promedio.
- Fluidez verbal.
- Discernimiento (criterio, sentido común).
- Análisis y Síntesis.
- Comprensión.

Otros documentos requeridos para postular fueron el envío de una ficha de postulación por parte de la agrupación por cada persona interesada en participar en la capacitación, y el envío de una carta de respaldo de la agrupación donde se justifica la postulación de la persona designada a participar en el proceso de selección, en base al perfil de los consejeros entre pares y las necesidades locales.

Evaluación y selección: procedimientos, instrumentos y etapas

La secuencia del proceso de evaluación y selección de consejeras/os entre pares implicó los siguientes momentos:

- Cobertura nacional de la selección.
- Entrevista personal a los postulantes.
- Aplicación de pruebas psicológicas a los postulantes.
- Apoyo de equipos y agrupaciones al proceso.
- Informe por postulante, que determina su incorporación o rechazo.

Se contempló una pauta de entrevista personal temática y la aplicación de 2 test psicológicos. Los instrumentos psicométricos aplicados a los(as) postulantes fueron el test de Luscher y el test de Zulliguer.

La pauta de entrevista contempló los siguientes puntos:

- Indagación de la motivación al puesto de consejero
- Indagación sobre experiencia en consejería
- Indagación sobre situación personal frente al VIH, adherencia a TARV y prevención secundaria:
- Disposición frente a situaciones reales e hipotéticas de consejería
- Auto descripción y sentido frente al ejercicio de consejería

En relación al formato de informe de evaluación psicológica entregado al final del proceso, éste contempló los siguientes puntos:

- Impresión General (Considerar presentación personal y actitud frente a la evaluación)
- Intelectualidad (Considerar inteligencia general, atención, concentración, tipo de razonamiento, fluidez verbal, entre otros)
- Personalidad (Rasgos, considerar fortalezas y debilidades en aspectos de la comunicación, relaciones interpersonales, y descartar rasgos psicopatológicos)
- Estilo de Trabajo (Considerar capacidad de trabajo en equipo, organización, rendimiento bajo situaciones estresantes, entre otras)
- Motivación al Cargo
- Adecuación al perfil
- Observación de acuerdo a la recomendación (fortalezas, debilidades y sugerencias si son pertinentes)

Para la selección se dieron 2 procesos consecutivos:

- 1º Proceso (Enero de 2004):

Los cupos disponibles para las agrupaciones convocadas en este primer proceso fueron definidos como sigue:

Región	Ciudad	Organización	Cupos
I	Arica	Juntos Por la Vida	3
	Iquique	Esperanza y Vida	2
II	Antofagasta	ARPEVIH	2
	Antofagasta	Nueva Aura	2
	Calama	Unidos por la Vida	2
V	Viña del Mar	BETESDA	3
	Viña del Mar	Fuerza Positiva	3
	San Antonio	Unión por la Vida	3
VIII	Chillán	RENACER	2
	Concepción	Positivamente Positivos	2
	Talcahuano	Positivamente Positivos	2
	Los Ángeles	Nueva Esperanza	2
IX	Temuco	Dame una Mano	2
	Temuco	Una Esperanza por la Vida.	2
R.M.	Santiago	Agrupación ALIHUEN	2
	Santiago	Agrupación VIDA	2
	Santiago	Agrupación Esperanza de Vida	2
Total			**38**

Para un total de 67 cupos disponibles se presentaron 74 postulantes, de los cuales 62 participaron del proceso de evaluación psicológica. Los postulantes que no participaron no se presentaron a la sesión correspondiente.

Según el informe personal –de acuerdo a lo indicado en los términos de referencia para el cargo-, se definió si cada candidato(a) está Indicado para el cargo, Indicado con reservas o No indicado.

Los resultados de las evaluaciones psicológicas determinaron que quedaran seleccionadas 42 personas: 27 indicadas y 15 indicadas con reservas.

Resultado	TOTAL	%
Indicados	**27**	44
Indicado con reserva	**15**	24
No Indicado	**20**	32
Total	**62**	100

2º Proceso (Abril de 2005):

Siguiendo los mismos procedimientos y criterios establecidos para el primer proceso, en la segunda versión de la selección se establecieron los siguientes cupos disponibles para las agrupaciones convocadas:

R	Ciudades	Agrupación de PVVIH	Nº de cupos por agrupación	Nº máximo de postulantes por agrupación.
II	Calama *	Unidos por la Vida	1	2
III	Copiapó*	---	1	2
V	Valparaíso**	Construyendo Futuro	2	3
	Viña del Mar**	Fuerza Positiva	2	3
VI	Rancagua*	Alma Viva	1	2
VII	Talca*	----	1	2
VIII	Chillan**	Renacer	2	3
	Concepción**	Positivamente Positivos	2	3
	Talcahuano**	Positivamente Positivos	2	3
X	Valdivia**	Vida Nueva 2000	2	3
	Osorno**	Salud y Vida	2	3
	Pto. Montt*	Mosaico	1	2
XI	Coyhaique**	Caminemos Juntos	2	3
XII	Punta Arenas*	HAIN	1	1
		AVAE	1	1
R. M	Stgo. Hospital San Juan de Dios**	ALIHUEN	1	1
		CONVIHDA	1	2
TOTAL		**15**	**25**	**39**

* Programas en ejecución desde el año 2004.

** Programas a iniciar ejecución durante el año 2005.

El resultado de la selección según las evaluaciones psicológicas fue el siguiente:

Región	Ciudad	Nº de cupos por Agrupación	Nº de Postulantes	Seleccionados
II	Calama	1	2	0
III	Copiapó	1	2	0
V	Viña del Mar	2	3	2
VI	Rancagua	1	2	1
VII	Chillán	1	1	1
	Concepción	2	2	0
	Talcahuano	2	2	1
X	Valdivia	2	2	2
	Osorno	1	1	1
	Pto. Montt	1	1	1
XI	Coyhaique	2	3	2
XII	Pta. Arenas	2	2	1
R.M.	H. San Juan de Dios	3	3	1
TOTAL		**21**	**26**	**13**

Resultado	TOTAL	%
Indicados	**2**	8.7
Indicados con reserva	**11**	47.8
No Indicados	**10**	43.5
Total	**23**	100

- Esquema de resultados generales de los procesos 1 y 2

Resultado	TOTAL	%
Indicados	**29**	34.1
Indicados con reserva	**26**	30.6
No Indicados	**30**	35.3
Total	**85**	100

En relación a los criterios técnicos específicos diferenciales que definieron la distinción en la clasificación Indicado - Indicado con reservas, no existe información documentada al respecto. Resulta interesante precisar este aspecto al momento de hacer una evaluación del desempeño de los/as consejeros/as entre pares, los que en un 34.1% fueron calificados como indicados con reserva y un 30.6% como indicados. Esto, además, en la perspectiva de precisar las competencias y características requeridas para el rol en una dimensión evaluativa de la especificidad de la consejería asociativa. Por otro lado, dada la especificidad referida, si bien los test utilizados son instrumentos adecuados para explorar rasgos de personalidad y características cognitivo- emocionales, se hace necesario para futuras selecciones especificar herramientas de evaluación complementarias más precisas tanto de características psico socio emocionales, como de competencias conversacionales propias de una relación de apoyo.

3. Capacitación conjunta

Se realiza tanto a las PVVIH seleccionadas como a los/as representantes de Equipos de Atención Integral, con experiencia en consejería a PVVIH. Se organizaron los siguientes Talleres de Formación:

FORMACION	EQ. SALUD VIH	PVVIH	TOTAL
Las Vertientes	14	15	29
Guayacán	11	30	41
Olmué	0	12	12
TOTAL	25	57	82

- Talleres de "Consejería en autocuidado, adherencia a los TARV y prevención secundaria con equipos de salud y PVVIH de las agrupaciones hospitalarias" (Guayacán, 16 al 19 de Marzo de 2004; Las Vertientes, 30 de Marzo al 2 de abril de 2004)

OBJETIVO GENERAL:

- Formar consejer@s en Autocuidado, Adherencia a TAR y Prevención Secundaria asociada entre personal de salud y personas Viviendo con VIH

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer aspectos biomédicos y psicosociales del VIH /SIDA en Chile.
- Conocer contenidos y principios en Consejería en Autocuidado, Adherencia a TAR y Prevención Secundaria a PVVIH.
- Desarrollar habilidades para el ejercicio de la consejería de Autocuidado, Adherencia a TAR y Prevención Secundaria con PVVIH e integrantes de los equipos de salud involucrados.
- Promover un modelo de trabajo asociativo y colaborativo entre equipos de salud y PVVIH para la instalación de servicios de Consejería en Autocuidado, Adherencia a TAR y Prevención Secundaria.

A los talleres asiste un total de 66 participantes. Se desarrollaron 22 presentaciones temáticas que abarcaron materias biomédicas, psicosociales, legales y organizacionales, además de trabajos grupales y dramatizaciones. Los temas fueron los siguientes:

- Presentación del Modelo de Consejería
- Situación del VIH/SIDA en Chile y Estrategias de Atención Integral en Salud a PVVIH en Chile

- Tratamientos Antirretrovirales en Adultos
- Guía de Atención a PVVIH
- Taller de Formación de Consejeros desde la perspectiva de VIVO POSITIVO y CONASIDA
- Ley de SIDA y Derechos Ciudadanos en el contexto de la Consejería
- Vulnerabilidad y Gestión de riesgo en VIH/SIDA
- Definiciones y ámbitos de la Consejería a PVVIH desde los equipos de salud y desde PVVIH
- Rol del Consejero y del Consultante
- Comunicación y Consejería
- Comunicación no verbal
- Comunicación verbal y consejería: Sobre el concepto de Asertividad
- Principios éticos en el contexto de atención en Consejería entre pares
- Definiciones y percepciones de Autocuidado en salud
- Estrategias y Ámbitos del Autocuidado de PVVIH
- Adherencia a TARV, estrategias y Consejería
- Definiciones y Estrategias de prevención Secundaria
- Gestión de Riesgo en Prevención Secundaria
- Sexualidad y Género en la Consejería de las PVVIH
- Sexo más Seguro
- ETS
- Consejería centrada en Prevención Secundaria
- Organización de un Servicio de Consejería, aspectos técnicos y administrativos

Se aplicó una pauta inicial de evaluación diagnóstica de conocimientos y una pauta final de evaluación de conocimientos adquiridos y reforzados durante los talleres.

En la pauta inicial de evaluación diagnóstica de conocimientos, se obtuvieron los siguientes resultados (n=66):

- Promedio de las PVVIH de agrupaciones: nivel de rendimiento Bueno
- Promedio de las personas de servicios de salud: nivel de rendimiento Muy Bueno

En la pauta final de evaluación de conocimientos, se obtuvieron los siguientes resultados (n=66):

Deficiente 1.0 a 2.9	Insuficiente 3.0 a 3.9	Regular 4.0 a 4.9	Bueno 5.0 a 5.9	Muy bueno 6.0 a 6.9	Excelente 7.0
9%	17%	26%	38%	10%	0%

El primer taller tuvo una evaluación promedio desde los participantes de 5,8. En el segundo fue de 6.6, siendo las categorías de evaluación y los promedios respectivos los siguientes:

Categorías de evaluación	Media de calificación
Objetivos del taller	6.5
Metodología de trabajo	6.4
Actividades realizadas	6.4
Organización del taller	6.6
Espacio físico de desarrollo del taller	6.7
Equipo organizador	6.6
Promedio general	6.6

- Olmué (Julio de 2005)
Referido más adelante en el punto 7: Capacitación continua a los Equipos de Consejería Asociativa.

4. Diseño e Instalación de Programas de Consejería Asociativa en los Centros de Atención Integral

A partir de las actividades realizadas, se comienza la instalación de los programas en el Sistema de Salud Publico del país, a través de invitación formal desde el Ministerio de Salud a los Directores de los Servicios de Salud y desde VIVO POSITIVO a las Agrupaciones y Organizaciones integrantes de la Red en el contexto de ejecución del proyecto del Fondo Global en Chile. Al término de la Fase 1 se han instalado 15 Programas de Consejería Asociativa en 10 Regiones: I, II, III, IV, VI, VII, IX, X, XII y RM. En los programas locales están involucrados 13 Servicios de Salud: Arica, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, O`Higgins, Maule, Hulanchipal, Magallanes, Metropolitano Norte, Metropolitano Sur, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Oriente y Metropolitano Central.

Se encuentran participando 15 Centros de Atención VIH: Hospitales de Arica, Calama, Copiapó, La Serena, Coquimbo, Rancagua, Talca, Temuco, Puerto Montt, Punta Arenas. De la Región Metropolitana: Sótero del Río, San Borja Arriaran, Del Salvador, Barros Luco, C. Hospitalario Norte.

Asimismo, están involucradas 16 Agrupaciones de PVVIH: “Juntos por la Vida” de Arica, “Unidos por la Vida” de Calama, “Juntos por la Vida” de La Serena, “PUKARA” de Coquimbo, “Forjadores por la Vida” de Rancagua, “Dame una Mano” de Temuco, “Mosaico” de Puerto Montt, “HAIN” de Punta Arenas, “Vida Optima” – “Grupo Amigos de los Jueves” – “Posi +” “Esperanza de Vida”, “Unidos por la Vida” “Vida”, “Por la Vida” – “Re-Vivir” de Región Metropolitana.

Equipos de Consejería Asociativa

Programa /Hospital	Equipo de Salud	Consejeros Entre Pares	Total
Arica	1	2	3
Calama	1	1	2
Copiapó	1	1	2
La Serena	1	2	3
Coquimbo	1	2	3
Rancagua	1	2	3
Talca	1	1	2
Temuco	1	1	2
Puerto Montt	1	1	2
Punta Arenas	1	2	3
Sotero del Río	1	3	3
San Borja	1	2	3
Del Salvador	1	3	4
Barros Luco	1	1	2
C.H.Norte	1	3	4
Total	**15**	**27**	**39**

Durante el primer año de ejecución del proyecto se alcanzó un total aproximado de 600 PVVIH en 15 Programas Locales y se realizaron un total de 900 atenciones.

Instrumentos de registro

La operatoria del programa ha sido posible sobre la base del diseño e implementación de una batería de instrumentos de registro, los cuales han sido objeto de revisión y ajuste al calor de los aprendizajes de la experiencia desprendidos del monitoreo. Estos son:

- Guía Técnica, donde se plasman los distintos programas locales diseñados de manera conjunta entre los coordinadores de equipos de salud y el consejero capacitado. Constituye el primer instrumento que permite el vaciado de la información y enmarca las propuestas locales.
- Instrumentos de apoyo al Programa: Ficha Técnica de Usuarios de consejería asociativa, Ficha de ingreso y registro de sesiones, Ficha de registro de los usuarios que han sido derivados o que han tomado contacto para la recibir una consejería entre pares.
- Consulta Anónima y Confidencial, sobre la opinión o impresión de los usuarios respecto de la atención recibida por un consejero entre pares.
- Otros instrumentos de apoyo: Registro de Reuniones, a efectos de monitorear localmente las reuniones del equipo de consejería asociativa (temas, contenidos, etc.), Registro de Turnos de Consejería Asociativa. Este formulario, más el de los ingresos de las fichas de atención, que registra el código del usuario, permite un registro de los turnos del Consejero entre pares y el cotejo de las consejerías efectivamente realizadas que sirve de soporte al pago o aporte mensual a los consejeros.

1.- Ficha de atención del servicio de consejería entre pares a PVVIH[101].

Para permitir el registro de los datos vinculados a cada atención del servicio de consejería, se diseñó una ficha que –a partir del año 2005- se denomina ficha de atención del servicio de consejería entre pares a PVVIH y que representa la adaptación de la ficha de atención de consejería entre pares, utilizada durante el año 2004.

La ficha actualmente en uso, incorporó cambios orientados a generar información de carácter específico sobre las atenciones. Además, se incluyeron cambios de forma, en el folio de las fichas y la numeración de las preguntas, destinados a facilitar la digitación y el procesamiento de los datos.

La ficha de atención debe ser llenada y actualizada mensualmente por los(as) consejeros(as), correspondiendo una ficha a cada consultante, considera hasta cuatro sesiones por persona. En este contexto, es responsabilidad del equipo

[101] "Informe de análisis de las fichas de atención y de consulta anónima utilizadas en las consejerías entre pares del servicio de consejería asociativa, ingresadas a julio 2005". CONASIDA - VIVO POSITIVO. Santiago, octubre 2005.

de consejería, enviar mes a mes las nuevas fichas de ingreso y las antiguas fichas, actualizadas con las nuevas sesiones realizadas en cada centro de atención.

En cuanto a su contenido, la ficha es semiestructurada e incluye catorce preguntas que refieren a treinta y cinco variables, destinadas a indagar en los datos de los(las) consultantes, las formas y motivos de derivación, el número y las características de cada sesión, los contenidos abordados y las sugerencias de derivación.

Algunos resultados de su análisis[102]

La ficha de atención denota en su análisis algunos aspectos de la dinámica de la atención de consejería asociativa interesantes de revisar:

- Sobre la fuente de derivación

La mayoría de las derivaciones al servicio de consejería son sugeridas por las matronas (249 casos, 34.5%), seguidas por las derivaciones hechas por los médicos tratantes (167 casos, 23.1%) y las enfermeras (144 casos, 19.9%).

- Sobre el motivo de derivación

El 53.9% de las derivaciones a consejería entre pares (355 casos) se justifica –principalmente- por la necesidad de promover el autocuidado en los(as) consultantes, razón seguida por el refuerzo a la adherencia (172 casos, 26.1%)[103].

La mayoría de los médicos tratantes que derivan a consejería entre pares lo hacen por la promoción del autocuidado (84 derivaciones, 58.7%), al igual que las enfermeras (87 derivaciones, 71.9%), las(os) asistentes sociales (16 derivaciones, 59.3%) y los(as) psicólogos(as) (30 derivaciones, 59.8%).

Las matronas, si bien también derivan principalmente por promoción del autocuidado (102 derivaciones, 43.8%), consideran la información sobre prevención secundaria (76 derivaciones, 32.6%).

La mayoría de las derivaciones por promoción del autocuidado se concentran en las matronas (102 casos, 30.0% de las derivaciones hechas por promoción del autocuidado), al igual que las por refuerzo a la adherencia (52 casos, 33.5% de las derivaciones hechas por refuerzo a la adherencia) y las que aluden a información sobre prevención secundaria (76 casos, 60.3% de las derivaciones hechas por prevención secundaria).

- Sobre las sesiones realizadas

[102] "Informe de análisis de las fichas de atención y de consulta anónima utilizadas en las consejerías entre pares del servicio de consejería asociativa, ingresadas a julio 2005". CONASIDA - VIVO POSITIVO. Santiago, octubre 2005.
[103] Es importante considerar que hay 101 fichas que no registran el motivo de derivación.

La suma del total registrado de sesiones asciende a 1.094, con un mínimo de 1 sesión, un máximo de 4, una moda de 1 (545 casos) y un promedio de 1.4 sesiones por persona. Respecto a las sesiones efectivamente desarrolladas, la suma alcanza a 1039, con un mínimo de 1, un máximo de 4, una moda de 1 (581 casos) y un promedio de 1.4 sesiones por persona. El 76.4% de las personas (581 casos) sólo ha tenido una sesión de consejería.

El 100.0% de asistencia correspondiente a la primera sesión (760 casos), disminuye a un 79.6% (172 casos) en las personas citadas a una segunda sesión (sin considerar los 544 casos perdidos, es decir, que no se registran como citados e inasistentes). Luego, en las sesiones tercera (72 casos) y cuarta (36 casos), la asistencia de los(as) usuarios(as) citados(as) aumenta de manera progresiva (88.9% y 94.7%, respectivamente).

El tiempo transcurrido entre una sesión y otra, se concentra en la categoría menos de un mes. Si se analiza el tiempo que pasa entre el ingreso de la persona al programa de consejería (que equivale también a la 1ª sesión) y la 4ª sesión registrada, se constata que el 50.0% de los casos (18 personas de quienes asisten a una 4ª sesión) se ubica en la categoría más de cinco y hasta ocho meses.

- Sobre la duración de las sesiones

La mayoría de las sesiones efectuadas presenta una duración de 45 minutos (437 sesiones, 44.6% de las sesiones que registran duración, las que ascienden a 979).

- Sobre los contenidos abordados en las sesiones

En la mayoría de los casos ingresados (221 personas, 29.3%), durante la primera sesión sólo se abordan contenidos relativos a la promoción del autocuidado. En segundo lugar, se ubica la frecuencia de la categoría referida solo a información sobre prevención secundaria (122 personas, 16.2%), seguida de contenidos relativos solo a refuerzo a la adherencia (119 personas, 15.8%). Los contenidos que ocupan los primeros lugares corresponden al funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público de salud (150 casos, 19.9%), al apoyo emocional (118 casos, 15.7%) y la prevención de ITS/ETS (79 casos, 10.5%). En el extremo opuesto, las frecuencias más bajas se refieren a la preparación para el cambio de terapias (1 caso, 0.1%), al uso correcto de lubricantes (1 caso, 0.1%) y a la prevención de la transmisión vertical (2 caso, 0.3%).

Con la mayoría de las 172 personas que asisten a una segunda cita (51 casos, 30.7%), sólo se abordan contenidos relativos a la promoción del autocuidado, seguidos de los contenidos que solo se refieren al refuerzo a la adherencia (27 casos, 16.3%), y de la combinación de contenidos sobre autocuidado y adherencia (27 casos, 16.3%). Sobre los contenidos más importantes abordados en la segunda sesión de consejería, se puede comentar que en primer lugar se ubica el apoyo emocional, que concentra al 21.7% de los casos (36 fichas). Los contenidos que presentan más bajas frecuencias son la

readquisición del VIH e impacto en el tratamiento (1 caso, 0.6%) y el acceso a información sobre TARV (2 casos, 1.2%).

En la tercera sesión nuevamente la mayoría de las 72 personas que asiste, aborda solo contenidos relativos a la promoción del autocuidado (24 casos, 35.8%). En segunda instancia, vuelve a aparecer la categoría referida solo a contenidos sobre refuerzo a la adherencia (13 personas, 19.4%), seguida de la combinación de contenidos sobre autocuidado y prevención secundaria (11 personas, 16.4%). Entre los contenidos registrados como los más importantes de la tercera sesión, emergen el apoyo emocional (14 casos, 20.9%), los derechos de las PVVIH/SIDA (13 casos, 19.4%) y la vida sexual (7 casos, 10.4%). Las frecuencias más bajas, se observan en los contenidos de hábitos higiénicos saludables, acceso a información sobre TARV, preparación para el cambio de terapias, y promoción de asistencia y participación en controles (cada uno con 1 caso, 1.5%).

La mayoría de las 36 personas que asisten a una cuarta sesión sólo abordan contenidos sobre la promoción del autocuidado (17 casos, 53.1%), seguidos de los contenidos que solo se refieren al refuerzo a la adherencia (6 casos, 18.8%), y en tercer lugar, de los contenidos que solo aluden a la prevención secundaria y de la combinación entre contenidos de autocuidado y adherencia (3 casos cada uno, 9.4%). Sobre los contenidos más importantes abordados en la cuarta sesión de los(as) consultantes, en el primer lugar se ubica el apoyo emocional, que concentra al 28.1% de los casos (9 personas) y supera por alrededor de trece puntos porcentuales al siguiente contenido, los derechos de las personas VVIH/SIDA (5 personas, 15.6%). En el tercer lugar se encuentran los hábitos higiénicos saludables (4 personas, 12.5%). Los contenidos de acceso a información sobre TARV, prevención de ITS/ETS, readquisición del VIH e impacto en el tratamiento, y vías de transmisión presentan las frecuencias más bajas (1 caso cada uno, 3.1%).

Al efectuar un análisis múltiple de los contenidos abordados en el total de sesiones, se aprecia claramente que el contenido más registrado es el apoyo emocional (296 menciones, 11.0%). En segundo y tercer lugar, emergen los contenidos vinculados al funcionamiento del programa de atención a PVVIH (248 menciones, 9.2%) y a TARV y calidad de vida (217 menciones, 8.1%). Los contenidos con menores frecuencias corresponden a la preparación para el cambio de terapias (9 menciones, 0.3%) y la prevención de la transmisión vertical (7 menciones, 0.3%).

2.- Ficha de consulta anónima.

Para conocer la opinión de las personas respecto a las sesiones de consejería, se elaboró una ficha que a partir del año 2005 se denomina consulta anónima y confidencial sobre la consejería recibida, una adaptación de la pauta de evaluación de la atención recibida en la consejería entre pares, empleada durante el año 2004.

La ficha actualmente en aplicación incorporó cambios que buscan simplificar la información a evaluar por parte de los(as) consultantes y permitir una mayor confidencialidad del instrumento. En este contexto, la consulta tiene un formato tipo “voto” con un sistema de auto- sellado (autoadhesivo), para ser cerrado una vez terminada la evaluación. Como su nombre lo indica, se trata de una ficha anónima y voluntaria, que debe ser llenada por quienes acceden al servicio de consejería al final de cada sesión. No obstante, es responsabilidad del equipo de consejería enviar mes a mes las fichas generadas en cada centro de atención.

En cuanto a su contenido, la ficha es estructurada y contiene cuatro preguntas -tres de las cuales se encuentran codificadas y una es abierta pero numérica- incluyendo doce variables, destinadas a indagar en la evaluación de las personas sobre el lugar, cómo se sintieron y cómo fue la atención del (la) consejero(a). Además, en el reverso la ficha incluye dos preguntas abiertas, que permiten identificar al centro de atención y al consejero(a) que desarrolló la sesión.

Algunos resultados de su análisis

- Sobre el lugar de atención

Todos los aspectos consultados en relación al lugar donde se realiza la sesión de consejería son evaluados positivamente, concentrándose -en cada caso- sobre un 90.0% de las respuestas en la categoría Si.

- Sobre cómo se sintió

Las respuestas afirmativas –respecto a todos los aspectos considerados en la consulta- bordean el 100.0%.

- Sobre la atención del/de la Consejero/a

Las opiniones manifiestan una importante valoración del servicio, ya que las respuestas afirmativas superan –en todos los casos- al 99.0%. Los aspectos mejor evaluados se refieren a la actitud de los(as) consejeros(as): darse el tiempo (931, 99.9%), ser respetuoso (917, 99.8%) y escuchar con atención (914, 99.8%). Las interrogantes que presentan una leve baja respecto a las ya señaladas, aluden a los conocimientos y/o a la capacidad explicativa de los(as) consejeros: darse a entender (902, 99.1%) y aclarar las dudas (906, 99.2%).

- Nota a la sesión de consejería

Estos datos, nuevamente refieren a una opinión positiva sobre el servicio recibido, lo que se aprecia en que -al codificar la variable en rangos de nota- el 81.0% de las consultas (51 fichas) califica con un 7.0 la sesión.

5. Acompañamiento y Monitoreo

Otra de las estrategias del Modelo es el acompañamiento y monitoreo a los programas de consejería. Su objetivo es "monitorear y acompañar el proceso de implementación y ejecución del proyecto de "Servicio de Consejería Asociativa" en los Centros de Atención a PVVIH, donde se generan Programas de Consejería Asociativa para el Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVIH/SIDA)".

Esta labor se realiza en dos variantes: en terreno (que cubrió un 93.3 % de las unidades) y a distancia (que abarcó al 100 % de los equipos en tareas de apoyo mensual). Dicha actividad es realizada por el equipo de coordinación operativa del proyecto a nivel nacional.

Monitoreo Momento 1

La primera versión del monitoreo se realizó entre noviembre de 2004 y enero 2005, y sus objetivos apuntaron al trabajo de aspectos técnicos, a la luz de los aprendizajes del período avanzado de implementación:

- Socializar y profundizar las estrategias y conceptos del Modelo de Consejería Asociativa.
- Dar a conocer información sistematizada del primer período de ejecución del proyecto, correspondiente a 15 programas locales de consejería asociativa implementados durante el primer año del proyecto.
- Identificar el estado de avance de los programas locales.
- Identificar los elementos que facilitan y/o dificultan el proceso de implementación de los programas locales.
- Conocer el sistema local de derivación de los equipos de consejería asociativa.
- Identificar necesidades de recursos materiales.
- Conocer el manejo del registro implementado localmente.
- Fortalecer las gestiones para la obtención de espacio físico para el funcionamiento de la consejería entre pares..
- Potenciar el trabajo asociativo entre los equipos de salud y los consejeros entre pares(PVVIH)

Las estrategias utilizadas para cumplir dichos objetivos son:

- El diseño de una ficha de Monitoreo
- Convocatoria a integrantes del equipo tratante, a los Consejeros entre pares y presidentes de las Agrupaciones.
- Contextualización del Proyecto de Consejería Asociativa en el marco del Fondo Global.
- Socialización de los resultados de la sistematización de la implementación del proyecto.

El momento 1 del monitoreo definió los siguientes pasos a seguir:

- Elaboración del catastro de Centros de Atención con iniciativas locales de consejería asociativa.

- Elaboración del cronograma de reuniones en terreno.
- Elaboración de una agenda de trabajo en terreno, para lo cual se procedió a realizar llamados telefónicos a los coordinadores locales de los programas de consejería asociativa, generando así una agenda compartida con estos. El contacto con los equipos de consejería asociativa fue realizado de manera complementaria entre CONASIDA y VIVO POSITIVO e incluyó los siguiente pasos:
  - Confirmación de las fechas propuestas para las visitas de monitoreo/acompañamiento (igual procedimiento del paso C).
  - Elaboración de carta de convocatoria a los Servicios de Salud para las reuniones de monitoreo y acompañamiento.
  - Elaboración de Programación final de las reuniones de monitoreo/ acompañamiento.
  - Elaboración de la metodología a utilizar en las visitas de monitoreo y acompañamiento (ver descripción de Metodología).
  - Elaboración y validación institucional del instrumento de recolección de información.
  - Ejecución del primer momento del monitoreo/acompañamiento.

La metodología utilizada en este monitoreo/acompañamiento tuvo un carácter exploratorio, considerando la etapa de implementación en que se encontraban los programas locales, por lo tanto, no tiene una mirada de evaluación. El énfasis se focalizó en la gestión local para la implementación del programa y en el refuerzo de los conceptos y estrategias del Proyecto. El enfoque metodológico tiene aspectos centralmente cuantitativos, centrados en la identificación de tendencias sobre los diversos aspectos desarrollados en los programas a la fecha.

La estrategia principal fue la realización de reuniones en terreno, con los integrantes del equipo de salud y los consejeros entre pares, apoyadas por una pauta temática con preguntas cerradas y abiertas. Cada reunión tuvo la siguiente estructura:

a. Participantes (convocados a las reuniones):
- Encargado(a) del Programa VIH/SIDA del Servicio de Salud.
- Encargado(a) del Centro de Atención VIH/SIDA
- Integrantes –profesionales- del Equipo de Atención Integral de PVVIH.
- Coordinadores(as) del programa local de consejería asociativa.
- Representantes de la agrupación (presidente(a), secretario(a), etc.)
- Consejeros(as) entre pares
- Encargados del monitoreo (CONASIDA- VIVO POSITIVO).

b.- Momento Uno:
- Presentación de los integrantes.
- Presentación de la estructura de la reunión.

c.- Momento Dos:
- Contextualización del proyecto “Servicio de Consejería Asociativa” en el marco del proyecto Fondo Global-Chile. Identificación de estrategias de

trabajo y conceptos de Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria.

d.- Momento Tres:

- Definición de la actividad de monitoreo/acompañamiento.
- Socialización de los resultados de la sistematización del proyecto durante el periodo Julio-Septiembre de 2004.
- Aplicación de la pauta de registro de temas tratados durante la reunión de monitoreo y acompañamiento.

e.- Momento Cuatro: Cierre de la sesión

Las dimensiones y categorías que se abordaron en el proceso de monitoreo/ acompañamiento fueron las siguientes:

1: Estado de Situación de los programas: Esta se clasifica en las siguientes categorías:

- No elaborado. Se refiere a aquellos Centros de Atención a PVVIH que contando con consejeros capacitados (Equipo de Atención Integral y Agrupaciones de PVVIH) no han elaborado un programa de consejería asociado. Principalmente se exploran las dificultades en cuanto a: recursos humanos, infraestructura, coordinación entre los socios, problemas internos (socios), comprensión del modelo por parte de los socios, compromiso político de las autoridades locales y estrategias de superación por cada una de ellas.
- En elaboración. Se refiere a aquellos programas que han sido diseñados por el equipo asociativo pero que no han sido formalmente enviados a CONASIDA. Se explora sobre los siguientes aspectos: principales dificultades, principales facilitadores, principales demandas y principales ofertas.
- En ejecución. Son aquellos programas elaborados asociativamente entre los consejeros capacitados y los Equipos de Atención Integral a PVVIH, que han sido enviados y aprobados formalmente entre CONASIDA y VIVO POSITIVO. Se explora sobre los siguientes aspectos: Nº de consejeros, horario de funcionamiento del programa, sistema de derivación, contenidos abordados en la sesión, espacio físico, sistema de coordinación interna y principales motivos de derivación.

2: Avances y Logros globales. Se explora sobre los principales logros y dificultades identificados como equipo de trabajo.

3: Necesidades. Esta se clasifica en las siguientes categorías:

- Capacitación: Se explora sobre los temas de capacitación sugeridos en los programas y las necesidades futuras de capacitación, a nivel local y del proyecto general.
- Materiales: se explora sobre la necesidad de recursos de escritorio y educativos.

- Infraestructura: Se explora la satisfacción respecto del espacio físico donde se realiza la consejería.

4: Aspectos globales (propuestas y acuerdos). Se identifican las principales propuestas y acuerdos surgidos en la reunión de monitoreo y acompañamiento.

- La participación en este proceso se resume a continuación:

	REGIONES	CENTRO DE ATENCIÓN	PROFESIONALES EQUIPO DE SALUD	AGRUPACIONES	PARTICIPANTES AGRUPACIÓNES
TOTALES	10	15	42	19	31

- Representación Equipos de Salud.

Profesión	Médico /a	Matron /a	Enfermero /a	Psicólogo /a	Asistente social	Auxiliar Para medico	Consejero /a	Químico Farmacia	Total
Total	11	10	4	4	4	4	3	2	42
%	26.2	23.8	9.5	9.5	9.5	9.5	7.1	4.8	100

- Representación de Integrantes de Agrupaciones de PVVIH: De los 31 participantes en el monitoreo/acompañamiento, estos cumplen los siguientes roles al interior de su Agrupación:
- Consejeros entre pares: 27
- Presidentes de Agrupaciones: 3, a los que se suman 5 consejeros que son Presidentes de sus agrupaciones. Por lo tanto, se contó con la participación de 8 presidentes de agrupaciones de PVVIH.
- Vicepresidente de Agrupaciones: 1, que a la vez es un consejero entre pares, y
- Secretaria/o: 1

En cuanto a los resultados del monitoreo, el estado por dimensión fue el siguiente:

- Dimensión 1. Estado de Situación de los Programas Locales.

El 60% (9) representa a programas “En Ejecución”. (Copiapó, Punta Arenas, La Serena, Coquimbo, Santiago; Barros Luco; CDT Eloisa Díaz; Sótero del Río, Talca, y Arica). Las variables evaluadas y su situación fue la siguiente:

- Un 20 % (3) representa a programas “Elaborados y no ejecutados”. Los motivos son la falta de un espacio físico, dificultades de coordinación entre equipo e inasistencia de usuarios a consejería.

- Un 20 % (3) representa a programas “No elaborados”, significa que si bien existen programas, estos no han sido elaborados de manera asociativa. Los motivos señalados fueron: Recursos Humanos, Infraestructura,

Coordinación entre los socios, Compromiso político-autoridades locales y Comprensión del modelo por parte de los socios. Para cada tema los equipos han explorado alternativas de solución.

Sobre los programas “En Ejecución”

Espacio físico.

- El 89 % (n=8) de los programas cuenta con un espacio al interior de los Centros de Atención a PVVIH destinado para que los consejeros realicen las atenciones, y sólo un 11 % (n=1) realizan consejería en otro espacio (Agrupación FEM, que se encuentra al interior del recinto de Hospital Sótero del Río).
- La situación desagregada según la sub- categoría “Espacio físico” al interior de los Centros de Atención a PVVIH, es la siguiente:
- El 63 % (n=5) de los programas de consejería asociativa cuentan con un box designado sólo a los consejeros. Es decir, que los consejeros cuentan con este espacio en un horario exclusivo designado para las consejerías.
- Un 37 % (n=3) de los programas de consejería asociativa comparten los box con los profesionales del Equipo de Atención Integral, según corresponda la atención de estos.

N° de consejeros/as entre pares

- El 84 % (n= 16) se encuentra activos en los programas de consejería asociativa.
- El 16 % (n=3) no se encuentra activos en los programas de consejería asociativa (Programas: Hospital de La Serena, Hospital Barros Luco (Stgo.) y Hospital Sótero del Río (Stgo.). Principalmente por no definir sus horarios de atención con el equipo de consejería asociativa.

Horarios de funcionamiento

- El 44.4 % de los programas funcionan tanto en la mañana como en la tarde.
- El 33.3 % de los programas funciona sólo en la jornada de tarde.
- El 22.2 % de los programas funciona sólo en la jornada de mañana.

Sistema de derivación

- Esta sub-categoría buscó identificar el o los profesionales que derivan usuarios a los consejeros entre pares. Del 100 % (n=9) de los programas en ejecución se observa la siguiente distribución porcentual de los profesionales que derivan:

Médicos	Matrona(on)	Asistente Social	Psicólogo(a)	Enfermara	Consejeros(as)	Técnico paramédico
6 de 9	5 de 9	4 de 9	3 de 9	2 de 9	1 de 9	1 de 9
66.6 %	55.5 %	44.4 %	33.3 %	22.2%	11.1 %	11.1%

Como se indica en la tabla de frecuencia, el mayor porcentaje de las derivaciones corresponde a los Médicos Tratantes de los Centros de Atención Integral a PVVIH.

Principales motivos de derivación

- Esta sub-categoría buscó identificar los motivos centrales de derivación desde los profesionales del Equipo de Atención Integral a PVVIH, a los consejeros entre pares en las consejerías.
- Del 100 % de los Equipos de Atención Integral a PVVIH (n=9), los motivos de derivación se distribuyen porcentual mente de la siguiente manera:
- El 100 % de los profesionales de los Equipos de Atención Integral indican que derivan por Autocuidado
- El 78 % de los profesionales de los Equipos de Atención Integral indican que derivan por Adherencia.
- El 33.3% de los profesionales de los Equipos de Atención Integral indican que derivan por Prevención Secundaria.
-
- Distribución porcentual desagregada por motivos (combinatorias indicadas) de derivación.
-
- El 44.4 % de los profesionales de los Equipos de Atención Integral indican que derivan por Autocuidado y Adherencia.
- El 33.3 % de los profesionales de los Equipos de Atención Integral indican que derivan por Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria.
- El 22.2% de los profesionales de los Equipos de Atención Integral indican que derivan sólo por Autocuidado.

Contenidos abordados en las consejerías

- Se registran los contenidos de las consejerías según refieren los participantes (n=9).

    - Apoyo emocional: 44.4%
    - Plan de adherencia a TARV: 33.3%
    - Ingesta de medicamentos: 44.4%
    - Alimentación: 55.5%
    - Uso del preservativo: 44.4%
    - Sexualidad: 11.1%
    - Alcohol y drogas: 22.2%
    - Hábitos saludables: 11.1%
    - Gestión del riesgo: 11.1%
    - Reinfección: 11.1%
    - Estado físico: 11.1%
    - No se aborda el tema: 11.1%

Estos contenidos fueron trabajados durante la reunión con los equipos de consejería asociativa (profesionales del Equipo de Atención Integral a PVVIH y los consejeros entre pares) en sus aspectos conceptuales y metodológicos para abordar los contenidos en las consejerías entre pares. Los temas conceptuales fueron reforzados a través de material educativo en los tres grandes temas de estas consejerías: Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria.

Sistema de coordinación

- El 100 % de los equipos de consejería asociativa indica que la coordinación se da entre un integrante del Equipo de Atención Integral y un Consejero Entre Pares.
- En relación a la particularidad de los sistemas de coordinación:
- Un 55.5 % de los equipos de consejería asociativa indica que la coordinación es directa entre la Matrona del programa VIH y Consejeros entre pares.
- Un 22.2 % de los equipos de consejería asociativa indica que la coordinación se da entre el asistente social y el medico tratante con los consejeros entre pares.
- Un 22.2 % de los equipos de consejería asociativa indica que la coordinación es directa entre el Psicólogo del programa y los consejeros entre pares.

- - Dimensión 2: Logros y dificultades.

Los logros planteados por los equipos asociados y su porcentaje fueron los siguientes:

- Espacio físico: 80%
  - Trabajo Asociativo: 73.3%
- Apoyo Jefaturas Del Hospital: 47%
  - Equipo Salud comprometido con la consejería asociativa: 47%
  - Trabajo de Equipo: 40%
- Sistema Derivación/ Horarios de Atención: 20%
  - Consejeros capacitados y/o motivados: 20%
  - Definición de los temas a abordar en las consejerías: 6.6%
  - Uso Correcto de Materiales educativos: 6.6%
  - Recepción de los usuarios: 6.6%

Las dificultades planteadas por los equipos asociados y su porcentaje fueron los siguientes:

- Sistema de Derivación: 47%
- Coordinación entre los socios: 27%
- Espacio Físico: 33.3%
- Usuarios no van a la consejería: 27%
- Consejero sin práctica activa: 27%
- Horario incomodo para los usuarios: 20%
- Instrumento de registro administrativo y evaluación: 13.3%
- Definición de los temas de la consejería. 6.7%
- Actitud del consejero con su programa de tratamiento: 6.7%

- Dimensión 3: Necesidades de capacitación

Los temas en que se señaló necesidad de capacitación fueron los siguientes:

- Autocuidado / Adherencia a TARV y Prevención Secundaria: 64 %

- Consejería en general: 27.2%
- Alcohol / Drogas y TARV: 27.2 %
- Lubricantes: 9.1%
- Alimentación: 9.1 %
- Organización de Terapias: 9.1 %
- Atención a PVVIH: 9.1 %
- Apoyo Psicológico: 9.1 %
- TARV: 9.1 %

Dimensión 4: Aspectos globales: propuestas – acuerdos generales

Propuestas hechas por los equipos:

- Aumentar derivación: 60%
- Disponer de instrumentos para el registro de las consejerías: 27%
- Gestión de socios con Jefaturas de Hospitales para espacio físico: 20%
- Diseñar programa de Manera conjunta: 13.3%
- Aumentar la coordinación entre los socios: 13.3%
- Aumentar las Atenciones de los Consejeros: 13.3%
- Material informativo sobre la consejería: 13.3%
- Iniciar programa de consejería asociativa: 13.3%
- Auto capacitación: 6.7%

Acuerdos planteados por los equipos:

- Aumentar el número de reuniones entre los socios: 40%
- Modificar sistema de derivación (instrumentos): 33.3%
- Aumentar derivación desde el medico tratante: 33.3%
- Generar propuestas de gestión de espacio físico de manera asociativa: 20%
- Agrupación promueve el programa de consejería asociativa: 6.7%
- Evitar la consulta espontánea: 6.7%
- Derivaciones sin tendencia por orientación sexual: 6.7%
- Mejorar el sistema de evaluación a los consejeros por los usuarios: 6.7%
- Definir campo de acción de los consejeros en el programa: 6.7%

Monitoreo Momento 2

El momento 2 del monitoreo fue realizado durante los meses de junio y julio de 2005. Se definieron los siguientes objetivos específicos:

- Socializar y profundizar las estrategias y conceptos del Modelo de Consejería Asociativa.
- Potenciar el trabajo asociativo entre los equipos de salud y los consejeros entre pares(PVVIH).
- Identificar el estado de avance de los programas locales.

- Identificar los elementos que faciliten y/o dificulten el proceso de implementación y ejecución de los programas locales.
- Conocer el sistema local de derivación de los equipos de consejería asociativa.
- Conocer el manejo de los instrumentos de registro implementados localmente.
- Identificar necesidades de recursos materiales.

Los pasos realizados fueron:

- Definición de los programas de consejería asociativa a ser monitoreados.
- Programas que no fueron monitoreados durante la primera etapa.
- Programas que han tenido dificultades en el proceso de implementación y ejecución.
- Programas locales de consejería asociativa en funcionamiento.
- Elaboración del cronograma de reuniones en terreno.
- Elaboración de una agenda de trabajo en terreno, que fue producida por ambas entidade.
- Confirmación de las fechas propuestas para las visitas de monitoreo/ acompañamiento. (igual procedimiento del paso C) .
- Elaboración de carta de convocatoria a los Servicios de Salud para las reuniones de monitoreo y acompañamiento
- Elaboración de Programación final de las reuniones de monitoreo/ acompañamiento.
- Elaboración de la metodología a realizar en las visitas de monitoreo y acompañamiento.
- Elaboración y validación institucional del instrumento de recolección de información.
- Elaboración de informe de monitoreo.

La metodología utilizada en este monitoreo tuvo un carácter exploratorio-descriptivo, considerando la etapa de implementación y ejecución en que se encontraban los programas locales, por lo tanto, no tuvo una mirada de evaluación sino de los resultados y logros. El énfasis se focalizó en la gestión local para la implementación del programa y en el refuerzo de los conceptos y estrategias del Proyecto. El énfasis del monitoreo/ acompañamiento implicó reunirse con los equipos, invitándolos a reflexionar sus programas y tomar acuerdos sobre el futuro inmediato, visualizando el desarrollo del programa en un largo plazo.

La estrategia utilizada implicó los mismos momentos y pautas del momento 1, así como también fueron convocados los mismos actores.

La participación efectiva en este proceso se resume a continuación:

	REGIONES	CENTRO DE ATENCIÓN	PROFESIONALES EQUIPO DE SALUD	AGRUPACIONES	PARTICIPANTES AGRUPACIÓNES
TOTALES	5	6	16	5	14

Representación Equipos de Salud:

Profesión	Médico /a	Matrón /a	Enfermero /a	Asistente social	Auxiliar Para medico	Asesora programa VIH (S.Salud)	Químico Farmacia	Total
Total	3	2	5	2	2	1	1	16
%	18.6 %	12.5 %	31.3 %	12.5 %	12.5 %	6.25 %	6.25 %	100 %

+ El universo de representación de los equipos de salud corresponde sólo a los que han participado hasta la fecha del monitoreo.

- Representación de Integrantes de Agrupaciones de PVVIH: De los 14 participantes en el monitoreo/ acompañamiento, estos cumplían los siguientes roles al interior de su Agrupación:
- Consejeros entre pares: 11
- Presidentes de Agrupaciones: 4.

Dimensiones exploradas:

- Estado de situación general: El 100% de los programas monitoreados se encontraba en la etapa de ejecución

Situación de espacio físico: el 83.3% (n=5) de los programas cuenta con un espacio al interior de los Centros de Atención a PVVIH para que los consejeros realicen las atenciones, y un 16.6% (n=1) lo realizan en un espacio de la Agrupación e igual porcentaje comparte box de atención con el equipo de salud.

Total de consejeros integrados: El 90.9% (n=10) de éstos se encuentra participando en los programas de consejería asociativa (la excepción corresponde al Hospital de La Serena)

- Logros y dificultades:

Logros:

Espacio físico: 100%
Consejeros comprometidos con el programa: 100%
Trabajo Asociativo del equipo de consejería: 100%
Equipo Salud comprometido con la consejería asociativa: 83.3%
Sistema de Derivación funcionando: 83.3%
Uso Correcto de Materiales educativos: 66.6%
Horario definido para las consejerías: 100%

Dificultades:

En el Sistema de Derivación: 50%
A nivel de Coordinación local (Servicio de Salud/Hospital), en el traspaso de información del proyecto: 50%
En la Coordinación entre los socios: 33.3%
Usuarios no van a la consejería: 33.3%
Consejero sin práctica activa: 33.3%

- Necesidades:

De capacitación:

Autocuidado/ Adherencia a TARV y Prevención Secundaria: 100%

Transmisión Vertical del VIH: 16.6%
Alcohol / Drogas y TARV: 16.6%
Apoyo Psicológico: 16.6%
ETS/ ITS: 16.6%

- Aspectos globales:
  Propuestas:
  Aumentar derivación: 50%
  Aumentar la coordinación entre los socios: 50%
  Aumentar las Atenciones: 50%
  Compartir Material informativo sobre la consejería: 33.3%
  Incorporación de consejeros inactivos: 16.6%
  Potenciar desde las agrupaciones el programa de consejería asociativa: 50%

  Acuerdos:
  Aumentar el número de reuniones entre los socios: 83.3%
  Modificar sistema de derivación (instrumentos): 16.6%
  Aumentar derivación desde el medico tratante: 66.6%
  Agrupación promueva el programa de consejería asociativa: 50&
  Mejorar el sistema de evaluación a los consejeros por los usuarios:16.6%

Consideraciones contempladas por la coordinación nacional sobre el monitoreo/ acompañamiento

La coordinación nacional refiere una mirada global del monitoreo/ acompañamiento durante la Fase 1, destacando los siguientes aspectos:

- Sobre los logros

a. Trabajo Asociativo: logro de alta valoración, puesto que se vincula directamente con el objetivo central del proyecto (fortalecer el trabajo asociativo entre los equipos de salud y las PVVIH). Destaca la gestión de espacios físicos para ejecutar los programas de consejería asociativa, situación que en el primer monitoreo aparecía como una de las mayores dificultades.

b. Compromiso de los socios con el programa: Todos los programas siguen siendo coordinados de manera asociativa entre los equipos de salud (enfermeras y matronas, principalmente) y los consejeros/as entre pares. Sumado a lo anterior, los coordinadores han mantenido su rol durante todo el proceso de ejecución de sus programas (1 año promedio), no existiendo reportes de renuncias. De igual forma, todos los consejeros/as (excepto en La Serena) están activos en sus funciones y desarrollando de manera conjunta sus programas con los profesionales del equipo de salud. Por su parte los integrantes de los equipos de salud mantienen su participación activa en los programas de consejería asociativa. En cuanto a las agrupaciones de PVVIH, estás estuvieron representadas por los presidentes en las reuniones de monitoreo.

c.- Organización de los programas: se puede resaltar el avance que los equipos locales han generado en este punto. Esto se puede observar en la administración de los horarios de atención de los consejeros/as. Los horarios han sido ajustados a las jornadas de atención de los equipos de salud, lo anterior con el fin de facilitar la asistencia de los usuarios a las consejerías entre pares, ya que uno de los problemas detectados es que los usuarios prefieren asistir sólo una vez al centro de atención para evitar ser reconocidos por sus vecinos y correr el riesgo de la estigmatización asociada al VIH/SIDA. Por otra parte, todos los equipos de consejería asociativa han valorado e incorporado los instrumentos de registro (fichas de atención de los usuarios, pautas de evaluación de los usuarios, hojas de derivación interna) dispuestos para atención de los usuarios. Esto ha permitido una mejor focalización en las derivaciones desde los integrantes del equipo de salud a los consejeros entre pares.

d.- Modelo de Consejería asociativa y Materiales educativos: se constata que los equipos de consejería asociativa han ido progresivamente trabajando en función de las orientaciones del modelo de consejería asociativa, principalmente en la definición de los ámbitos (autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria) que se abordan en las consejerías entre pares. Aparece el posicionamiento temático del modelo –es referido- al momento de definir las necesidades de capacitación futuras, indicando que, del modelo, necesitan mayor capacitación en las temáticas de transmisión vertical del VIH (prevención secundaria), alcohol y drogas (autocuidado) y de los tres ámbitos en general. Aparece también la necesidad de mantener la estrategia de acompañamiento psicológico. En relación al envío de materiales educativos (trípticos y afiches respecto a la consejería asociativa, guías de autocuidado, adherencia a TARV y Ley de SIDA y dildos), estos han sido valorados positivamente por los equipos.

- Sobre las dificultades

a. Traspaso de la Información: Esta dificultad dice relación en la demora que existe en la recepción de los documentos y materiales envidados desde CONASIDA y VIVOPOSITIVO, lo que se debería a problemas de coordinación local, principalmente desde los Servicios de Salud hacia los Centros de Atención. Esta situación será optimizada a través de las gestiones locales.

b. Coordinación Mensual entre los socios: este punto afecta la retroalimentación -entre los socios- respecto a los aspectos administrativos, capacitaciones internas, y reuniones técnicas –estudio de casos- que les permitan ir abordando de manera más integral las dificultades que presentan los usuarios respecto a su salud.

c. Usuarios No asisten a las consejerías entre pares: Esta dificultad dice relación con la resistencia de los usuarios a tener que permanecer mucho tiempo en el hospital, ya que –como se indicó anteriormente- tienen temor de ser “vistos” por sus vecinos y ser identificados como personas VIH, ya que esto implica una posible estigmatización social.

- Sobre los desafíos

a. A nivel de la coordinación central: terminar con el proceso de monitoreo a los 9 programas restantes y contar con mayores insumos para realizar un apoyo a los programas locales.

b. A nivel local: aumentar la cobertura de sus programas, para lo cual los equipos de salud y las agrupaciones de PVVIH realizarán una mayor promoción del programa de consejería asociativa.

6. Acompañamiento Psicológico a los Equipos de Consejería Asociativa.

El Programa de Acompañamiento Psicológico estuvo destinado a favorecer el desarrollo de habilidades individuales y grupales que potencien un mejor desempeño de la labor de los/as consejeros/as entre pares, evitando su desgaste psíquico y emocional[104]. Sus objetivos específicos son[105]:

- Favorecer la adquisición de habilidades orientadas a promover el bienestar bio psico social del/de la consejero/a a través de la implementación de sesiones de trabajo en torno a las temáticas propuestas pos los programas locales de consejería asociativa
- Acompañar procesos reflexivos para un mejor desarrollo de la consejería
- Promover la consolidación de los equipos de trabajo

El Programa abarcó 6 sesiones de acompañamiento psicológico (de 3 horas cada una, con una periodicidad mensual durante el primer semestre de 2005), en el que participaron personal de los equipos de salud en VIH/SIDA y consejeros/as entre pares de agrupaciones de PVVIH integrantes de la red VIVO POSITIVO. El orden de las sesiones, con temas previamente definidos por los equipos asociativos locales, pudo ser priorizado de acuerdo a las temáticas de mayor interés para cada equipo, en conjunto con la psicóloga responsable de cada actividad, siendo inalterable sólo la primera sesión “Conocimiento y Confianza Grupal” en que se definió el orden de sesiones referido. Las sesiones y sus temas son los siguientes:

1. Conocimiento y confianza grupal
2. Autocuidado
3. Sexualidad
4. Reconocimiento y manejo de las emociones
5. Estrés y agotamiento emocional
6. El duelo como proceso

Por cada sesión, los psicólogos participantes emitieron un informe evaluativo que contempló los siguientes aspectos:

- Identificación del Programa

[104] "Informe de Sistematización del Programa de Acompañamiento Psicológico de Apoyo a los Equipos de Consejería Asociativa". CONASIDA - VIVO POSITIVO. Julio 2005. Pág. 4.
[105] Ibíd., pág. 6.

- Identificación de la sesión
- Participantes y asistencia
- Evaluación del cumplimiento de los objetivos (logrados o no logrados)
- Evaluación de los contenidos (abordados/ no abordados)
- Evaluación de las actividades (realizadas/ no realizadas)
- Evaluación de la participación: atención, compromiso, integración, respeto del encuadre (alto – medio – bajo)
- Evaluación de aspectos administrativos (apropiados/ no apropiados)
- Recomendaciones y sugerencias generales para la sesión, el trabajo en equipo y otros.

Por su parte, los/as consejeros/as participantes de salud y agrupaciones de PVVIH evaluaron distintos aspectos abordados en cada sesión:

- Aporte de información de utilidad en relación a los tremas tratados
- Cumplimiento de expectativas
- Metodología utilizada (1 a 7)
- Evaluación a la psicóloga responsable de la sesión: entrega de información, dinamismo, habilidades de motivación a participar, puntualidad (1 a 7)
- Propuesta de temas para un nuevo período
- Comentarios y sugerencias

El Programa de Acompañamiento Psicológico fue ejecutado en 14 de los 15 programas de consejería asociativa (excepto Copiapó). De los 14 equipos locales, en 10 se realizó el 100 % de las actividades, equivalente al 71,4 % de avance de la ejecución del programa total, con un 90 % de logro de los objetivos propuestos (tuvieron menos sesiones los centros de los hospitales regional de Puerto Montt (16.6%) y San Borja Arriarán (50%)).

Las conclusiones evaluativas por sesión fueron las siguientes:

1. Conocimiento y confianza grupal:
Los participantes dieron una valoración positiva de este espacio en el contexto de trabajo proclive para el mutuo conocimiento, aprendizaje y el compartir, reflejado en un alto grado de participación; consideraron que la sesión les aportó información útil y que sus expectativas fueron cumplidas. El encuadre socializado de la sesión resultó fundamental para su adecuado funcionamiento, pues permitió crear un ambiente de confianza que facilita la consecución de los objetivos posteriores. El tema “Fenómenos afectivos de los grupos” generó una instancia de reflexión a partir de la cual se identificaron factores que incidían en las relaciones de equipo. El tiempo programado fue el adecuado, lo que está también en función del número de participantes. El espacio físico también fue bien evaluado, salvo en aquellos lugares donde se dieron algunas interrupciones que afectaron parcialmente su desarrollo. Si bien la asistencia fue adecuada, incide la ausencia de uno u otro actor (consejeros/as de salud o entre pares) para el objetivo de reforzar la asociatividad.

2. Reconocimiento y manejo de emociones:

Los objetivos se cumplieron en la mayoría de los casos, y donde no fue así tuvo relación con una menor profundidad en su desarrollo o bien con la imposibilidad de concretar el manejo de emociones en el contexto de la consejería. Esto podría relacionarse con la focalización de los ejemplos de las actividades en el contexto de las situaciones de consejería. Se evidencia en general bastante interés y compromiso desde los participantes, quienes resienten la ausencia de algunos/as de los/as consejeros/as. Se constata adecuada secuencia y tiempo de las actividades. Asimismo, surgieron dificultades relativas con las condiciones inadecuadas de algunos lugares para efectos del desarrollo de las actividades (en términos de concentración e intimidad grupal). En este contexto, los participantes manifiestan la necesidad de aprender técnicas de relajación de auto aplicación y para ayudar a los usuarios/as en el enfrentamiento de situaciones estresantes. Se recomendó en general hacer siempre una actividad de cierre para dar un carácter práctico a lo aprendido, y entregar material bibliográfico de apoyo.

3. Estrés y agotamiento emocional:
No obstante esta actividad es bien evaluada, en el objetivo de co construcción de un listado de estrategias para manejar el estrés cotidianamente, la falta de tiempo impidió en algunos casos finalizarla adecuadamente. En general, las psicólogas observan ciertas dificultades de los equipos para ajustarse a los tiempos programados. Los asistentes demuestran un alto interés y compromiso. Nuevamente se señalan algunos problemas relativos a las condiciones para la concentración e intimidad grupal. Entre las sugerencias, se refuerza la necesidad de aprender técnicas de relajación; modificar los tiempos y adecuarlos a las actividades planteadas; destinar lugares propicios para la comodidad, concentración, silencio e intimidad grupal, e incluir una sesión exclusiva de técnicas de relajación.

4. Auto cuidado:
Se cumplen objetivos y expectativas, con un alto logro de involucramiento, interés y compromiso de los participantes. Las actividades permitieron el mutuo acercamiento y el mutuo y propio conocimiento, generándose un ambiente emotivo y cálido. Se señala una adecuada secuencia de las actividades, con el tiempo parcialmente adecuado debido a algunas variaciones y a lo impredecible de los ritmos de cada grupo. La coordinación de los equipos ha sido efectiva. Se destaca la relevancia de trabajar este tema en el programa asociativo, dado que es un aspecto más centrado en los usuarios que en los/as consejeros/as.

5. El duelo como proceso:
Además del logro de los objetivos, se aprecia la necesidad de contar con más tiempo para las actividades programadas (o bien ajustar los tiempos de las actividades) para favorecer un grado mayor de profundidad en la reflexión sobre este tema, dadas las reacciones emocionales que se generan que necesitan contención apropiada. Se favorece el compartir las experiencias personales, en cuanto a conversar sobre aspectos que en general no son tratados en conjunto. Sobre las condiciones del lugar, se señala con menor reiteración las dificultades por interrupciones. Se sugiere replantear la sesión por lo complejo del tema, para así poder profundizar la reflexión y contener las

experiencias emocionales que surjan: se plantea incluso hacer, según el grupo que se trate, dos sesiones para este tema. Se sugiere reforzar el cierre con una actividad que permita el manejo, contención y procesamiento de las emociones surgidas. Dada la activación de procesos no resueltos, surge la necesidad de contar con instancias de derivación para un trabajo psicoterapéutico.

6. Sexualidad:
En esta sesión en general se generó mucho debate y discusión, lo que llevó a extender el tiempo planificado previamente sin que se alcanzaran a realizar todas las actividades. El tiempo planeado se concluye resulta ser insuficiente. En algunos equipos no asistieron consejeros/as entre pares, lo que incidió directamente en esos casos en el no cumplimiento de los objetivos de consolidación de los equipos asociativos. El interés y reconocimiento de falta de manejo en relación al tema refuerza la idea de su necesaria inclusión como tema fundamental en el programa, en que en especial se sugiere incluir actividades para trabajar mitos con los usuarios.

En relación al desempeño de las 6 psicólogas externas contratadas, la calificación promedio es de 6.8 según las evaluaciones de los equipos locales. Los aspectos relativos a información, expectativas, tiempo y condiciones físicas del lugar de realización tuvieron una alta evaluación general (sobre el 90%). Los contenidos y metodología también fueron evaluados en esta escala.

Entre las recomendaciones finales está incorporar como tema el Trabajo en Equipo para fortalecer los equipos asociativos, y considerar un mayor tiempo disponible para las sesiones sobre duelo, sexualidad y estrés. También, que este espacio sea permanente para así profundizar los temas planteados. Por último, se debería implementar una evaluación general del programa posterior a éste, dirigida tanto a psicólogos/as encargados de aplicar el programa como a los participantes.

7. Capacitación continua a los Equipos de Consejería Asociativa.

Se realizaron 3 talleres de actualización:

FORMACION	EQ. SALUD VIH	PVVIH	TOTAL
Tupahue	----------	16	16
Cuncumén	9	29	38
Olmué	----------	13	13
TOTAL	9	58	67

- Jornada de Actualización de Consejeros entre Pares (PVVIH) de la Región Metropolitana (Hotel Tupahue, 14 y 15 de noviembre de 2003)

Esta Jornada fue el primer antecedente en la capacitación continua de consejeros/as entre pares en la perspectiva de instalación del Modelo de Consejería Asociativa. Sus objetivos fueron:

- Objetivo General

- Desarrollar un proceso de actualización de 16 consejeros entre pares de la Región Metropolitana capacitados durante el año 2002.

- Objetivos Específicos.

- Reflexionar en torno a la instalación de la consejería entre pares en agrupaciones y centros de atención a PVVIH.
- Analizar la ejecución de la consejería y su relación con las habilidades de los consejeros(as) y las necesidades de los usuarios.
- Identificar recursos para la gestión administrativa del proceso de instalación del servicio de consejería entre pares.
- Profundizar en aspectos teóricos y técnicos de la consejería entre pares.

Los contenidos tratados fueron los siguientes:

a) Diagnóstico de la situación de consejería entre pares (PVVIH) en la Región Metropolitana.
b) Marco Teórico y Conceptual de la Práctica de la Consejería entre pares:
   - niveles de intervención: Prevención primaria, secundaria y terciaria.
   - autocuidado y adherencia a TARV en las PVVIH.
   - opciones de tratamiento y alternativas terapéuticas.
c) Técnicas y Habilidades en la Práctica de la Consejería:
   - Comunicacionales.
   - Emocionales.
   - De motivación para el cambio de conducta.
   - De autocuidado del consejero(a).
d) Gestión eficiente del servicio de consejería: Formación de equipos, desarrollo de estrategias para la instalación del servicio de consejería entre pares, planificación de actividades de consejería entre pares a nivel local, monitoreo y evaluación del servicio (pauta e instrumentos de registro de la consejería).

Al final de la Jornada, se aplicó a los participantes una Pauta de Evaluación de conocimientos.

La realización de este taller dejó en evidencia las dificultades que se asocian a un trabajo en consejería sin acompañamiento técnico luego de la capacitación básica. Sólo el 50% de los participantes obtuvo una evaluación superior a 4 que corresponde a la nota de aprobación y que equivale a un 57% de rendimiento en el instrumento de evaluación; las mayores dificultades estuvieron en las preguntas relacionadas con el trabajo en equipo y el valor del trabajo en sexualidad entre las PVVIH; el mejor rendimiento estuvo en las preguntas relacionadas a nutrición y TARV.

Aquellas personas que obtuvieron una nota inferior a 4 (50%) fueron invitadas a participar de uno de los talleres de formación básica a realizarse en el mes de marzo, donde debían aprobar las evaluaciones correspondientes para seguir incorporados al proyecto. Aquellas personas que obtuvieron una nota superior a 4 (50%) continuarían participando del proyecto e incorporándose a las actividades de acompañamiento técnico que se implementaron durante el tercer trimestre.

- Primera Jornada de Actualización para Equipos de Consejería Asociativa (Cuncumén, 16 y 17 de diciembre de 2004)

En la oportunidad se promovió un modelo de trabajo asociativo y colaborativo entre equipos de salud y PVVIH para el desarrollo de servicios de consejería, así como también se dio a conocer el programa de acompañamiento psicológico. La actividad se desarrolló partir de 9 presentaciones a cargo de profesionales en el área de Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria, que expusieron y respondieron a las consultas de los consejeros y coordinadores de los Programas Locales de Consejería Asociativa de las regiones I, II, III, IV, VI, VII, IX , X, XII y Metropolitana. Asistieron 38 personas (71% de agrupaciones, 24% de servicios de salud y 5% sin grupo de pertenencia) de los 45 convocados. Sus objetivos fueron:

- General:
- Fortalecer el trabajo de los(as) consejeros(as) en Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria a PVVIH, de los programas locales de consejería asociativa.

- Específicos:
- Conocer y analizar el estado actual de implementación del proyecto de consejería asociativa a PVVIH.
- Profundizar en contenidos de Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria a PVVIH, en el marco del modelo de Consejería Asociativa.
- Desarrollar habilidades y herramientas en los consejeros para el ejercicio de la consejería de Autocuidado, Adherencia a TAR y Prevención Secundaria.
- Promover un modelo de trabajo asociativo y colaborativo entre equipos de salud y PVVIH para el desarrollo de servicios de Consejería en Autocuidado, Adherencia a TAR y Prevención Secundaria.
- Conocer programa de acompañamiento psicológico para los programas de Consejería Asociativa.

Luego de las exposiciones y actividades grupales, se realizó una evaluación de conocimientos. El 25% de los asistentes obtuvo un 5,3. Luego los porcentajes se reparten de manera equivalente, con un 18% entre quienes obtuvieron un 7,0; un 6,1 y 4,5. El 6 % obtuvo nota 3,0.

- Taller de Capacitación y Actualización de Consejeros(as) Entre Pares (Olmué, 5 al 8 de julio de 2005)

En julio de 2005 se ejecuta un taller de formación de nuevos(as) consejeros(as) y de actualización de consejeros(as) activos(as). Sus objetivos fueron:

- General:
  - Fortalecer la asociación entre equipos de atención integral VIH/SIDA y PVVIH, a través de la consejería asociativa para fomentar el autocuidado, la adherencia y la prevención secundaria.

- Específicos:
  - Promover un modelo de trabajo asociativo entre equipos de atención integral a PVVIH y agrupaciones de PVVIH para el diseño e implementación de programas locales de consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria.
  - Conocer aspectos bio médicos y psicosociales del VIH/SIDA en Chile
  - Identificar contenidos y principios en consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria a PVVIH.
  - Desarrollar habilidades para el ejercicio de la consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria con PVVIH.

En el taller participó un total de 26 personas, tanto consejeros(as) activos(as) (53.8%) como en formación (46.2%): 9 de la RM (34.6%), 4 de la X región (15.4%) y 5 de cada una de las regiones I, II, VI, IX y XII (3.8% en cada caso). Las regiones III y VII no fueron representadas.

Se realizaron 17 presentaciones temáticas, además de 5 trabajos grupales y una evaluación de conocimientos.

Nº	PRESENTACIONES TEMATICAS	EXPOSITORES(AS)
1	Situación del VIH/SIDA en Chile.	Beatriz Marincovich.
2	Estrategias de Atención Integral en Salud a PVVIH en Chile CONASIDA y VIVO POSITIVO, en el marco de la Respuesta Nacional y el Fondo Global Chile.	Humberto Hernández. Patricio Novoa.
3	Presentación del Modelo de Consejería Asociativa Parte I: Marco Conceptual y Estrategias de Implementación.	Rodrigo Lagos y Rodrigo Tossi.
4	Presentación del Modelo de Consejería Asociativa Parte II: Implementación del Proyecto de Servicio de Consejería Asociativa.	Karina Jara.
5	Experiencia de Asociatividad en el Centro de Atención del Hospital San José: Logros y Desafíos.	Antonio Benavides.
6	Prevención Personalizada de las ETS/ITS en PVVIH.	Carolina Peredo.
7	Vulnerabilidad y Gestión del Riesgo en la Prevención Secundaria en PVVIH.	Erika Espinoza.
8	Sexualidad y Género en la Consejería a las PVVIH.	Marina Carrasco.
9	Consejería Parte I: Rol del Consejero(a) y del Consultante.	Ximena Solar.
10	Guía de Atención Integral a PVVIH: ¿Cuál es el Momento de Iniciar las Terapias?.	Carlos Beltrán.
11	Tratamientos Antirretrovirales en Adultos.	Carlos Beltrán.
12	Factores Determinantes de la Adherencia a TARV e Importancia de la Consejería Entre Pares.	Carlos Beltrán.
13	Nutrición, Hábitos Higiénicos y VIH/SIDA: Herramientas Prácticas.	Patricio Hernández.
14	Ley de SIDA y Derechos Ciudadanos en el Contexto de la	Vasili Deliyanis.

	Consejería.	
15	Procedimiento Administrativo Financiero de los Programas de Consejería Asociativa.	Erika Espinoza.
16	Instrumentos de Registro y Sistematización del Proyecto.	Isabel Matute, Doris Yánez y Karina Jara.
17	Estrategias de Monitoreo, Acompañamiento Psicológico y Programa de Capacitación.	Rodrigo Lagos.

Nº	TRABAJOS GRUPALES	COORDINADORES(AS)
1	Vulnerabilidad y Gestión del Riesgo en la Prevención Secundaria en PVVIH.	Erika Espinoza.
2	Consejería Parte I: Rol del Consejero(a) y del Consultante.	Ximena Solar.
3	Consejería para la Adherencia a TAR.	Patricio Novoa.
4	Nutrición, Hábitos Higiénicos y VIH/SIDA: Herramientas Prácticas.	Patricio Hernández.
5	Instrumentos de Registro y Sistematización del Proyecto.	Isabel Matute, Doris Yánez y Karina Jara.

Sobre la pauta diagnóstica de conocimientos, al realizar una comparación de acuerdo a la situación de los(as) consejeros(as), los consejeros(as) activos(as) presentan un promedio levemente superior (5.7) al de quienes están en proceso de formación (5.4). Por otra parte, al agrupar las notas en categorías, es posible constatar que el 64.0% de las personas asistentes tiene notas entre 5.1 y 6.0, el 20% tiene notas entre 6.1 y 7.0, el 8% tiene notas entre 4.6 y 5.0, y el 8% tiene notas entre 4.0 y 4.5.

Sobre la pauta de evaluación final de conocimientos, Al realizar una comparación de acuerdo a la situación de los(as) consejeros(as), nuevamente los promedios son similares (4.5 en ambos casos). Por otra parte, al agrupar las notas en categorías, es posible constatar que el 41.6% de las personas asistentes tiene notas inferiores a 4.6, el 29.2% tiene notas entre 4.6 y 5.0, y el 29.2% tiene notas entre 5.1 y 6.0.

Al comparar los promedios de nota obtenidos por los(as) participantes en cada una de las pautas, y considerando el total de preguntas que ellas incluían, se observa una baja de la media de notas en la evaluación final (4.5) con respecto a la del diagnóstico (5.6). Sólo en el diagnóstico se constata una superioridad de tres décimas en el promedio de los(as) consejeros(as) activos(as) (5.7), en relación a los que empiezan su formación como tales (5.4). Esta situación no se repite en la evaluación final, donde los promedios son similares (4.5 en ambos casos).

En cuanto a la auto percepción del nivel de capacitación luego de haber participado en la jornada, el área donde se auto perciben más capacitados(as) es la Promoción del Autocuidado, mientras que el área donde creen estar menos preparados para desempeñarse es el Refuerzo a la Adherencia.

Finalmente, en cuanto a sugerencias para futuros talleres, la mayoría de las sugerencias se concentra en mejorar la metodología, donde se registran ideas sobre incorporar metodologías de trabajo y hacer actividades más participativas. En seguida, se demanda mejorar la calidad de las exposiciones,

respecto de las cuales se alude a hacerlas más claras y más ágiles, aumentando el nivel de exigencia de los(as) expositores(as).

8. Sistematización y Evaluación de la implementación del modelo.

Esta estrategia comprometió la elaboración de los siguientes productos:

- Informe de sistematización de Acompañamiento Psicológico.
- Informes de sistematización de los talleres de capacitación y actualización (Tupahue - Guayacán - Las Vertientes- Olmué – Cuncumén)
- Informes de Monitoreo en Terreno
- Informe de Sistematización de instrumentos.
- Gestión de evaluación del proyecto: corresponde al presente estudio sobre la Fase 1.

Otros productos generados desde el proceso y que tienen valor de sistematización de la experiencia son una serie de materiales gráficos:

- Guía de Autocuidado
- Guía de Alimentación
- Guía de Tratamiento Anti retroviral
- Cuadernillos de Medicamentos
- Trípticos de Consejería Asociativa
- Cuadernillos de Ley de SIDA
- Afiches de Ley de SIDA
- Afiches de Consejería Asociativa

Un Set con este material educativo fue enviado a todos los equipos asociativos. Su objetivo fue actualizar y estandarizar la información en Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria.

4. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados del estudio. Como se recordará, el enfoque del módulo cualitativo estuvo destinado a construir estudios de caso. Si bien estaba contemplada la realización de 3 casos regionales, el carácter de las entrevistas del nivel nacional se mostró acorde para la aplicación de la misma lógica, por lo que incorporamos un estudio de caso nacional. En el caso del módulo cuantitativo, se presenta los resultados correspondientes al análisis de 123 encuestas realizadas.

4.1 Módulo cualitativo: Estudios de Caso

4.1.1 Caso Nacional

A continuación, se presenta el informe de caso correspondiente al Programa de Consejería Asociativa en su nivel de gestión nacional. Se trata de una reconstrucción del proceso general de implementación del Modelo desde sus principales gestores. A través del capítulo, queda de manifiesto los procesos de asociatividad de nivel central desarrollados y los estilos de relación entre los diversos componentes y actores del proyecto. Los nudos centrales de este relato se relacionarán con temáticas como la descentralización, el nivel de participación implicado en los procesos de gestión y las agendas institucionales de las entidades responsables en la marcha efectiva de la implementación. Hemos incluido al final de este acápite el análisis de la gestión económica del Proyecto.

I. Actividades realizadas.

El trabajo de terreno del estudio de caso de Santiago se desarrolló entre la primera semana de Agosto y la segunda semana de Septiembre.

Se realizaron entrevistas a los siguientes actores:

Entrevistas Individuales a Gestores Nivel Nacional

Tipo Actor
Coordinadora Ejecutiva CONASIDA
Coordinador Nacional Entidad Responsable, VIVO POSITIVO
"Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA"
Coordinador Nacional Entidad Responsable, VIVO POSITIVO
Coordinador Nacional Proyecto, CONASIDA
Coordinador Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO
Encargada Programática Receptor Principal
Coordinadora operativa del Proyecto, CONASIDA
Profesional Equipo Apoyo Psicológico

Reuniones Grupales realizadas

Grupo focal	Coordinadores Locales Consejeros
Grupo focal	Presidentes de Agrupaciones PVVIH
Entrevista Grupal	Coordinadores Locales Equipos de Salud
Entrevista Grupal	Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO

II. Delimitación de la experiencia y el Proyecto.

A continuación, se presenta un análisis del origen e instalación del Proyecto de Consejería Asociativa desde la perspectiva de sus gestores, CONASIDA y VIVO POSITIVO. En su desarrollo, puede apreciarse que la implementación efectiva del Proyecto es fruto de lineamientos institucionales vinculados a la misión de ambas instituciones. Asimismo, el devenir del proyecto –en sus aciertos y desafíos-, será consecuencia de la definición consensuada entre ambas instituciones tanto en materia de conceptos fundantes, estrategias, roles y procesos que dan pie a la institucionalización del Proyecto como práctica específica de soporte a la adherencia.

2. 1. Antecedentes

En sus orígenes, el Proyecto de Consejería Asociativa emerge de las decisiones institucionales de VIVO POSITIVO y la Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud, como parte de una estrategia conjunta encaminada a potenciar el rol de las PVVIH organizadas en el diseño e implementación de estrategias para el mejoramiento de su adherencia y calidad de vida. En las postrimerías de la década de los noventa, la situación de las personas VVIH presentaba los signos de vulnerabilidad propios de un tiempo donde la demanda desbordaba la disponibilidad de tratamientos, marcando las vidas de las PVVIH y los afectados por el VIH/SIDA (familiares, amigos y profesionales de apoyo).

> *"los que éramos integrantes de equipos de salud en un hospital estábamos conviviendo con la muerte…eran las personas con las que trabajas, sus mamás, sus hermanos" (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

Como expresión de política pública, el interés por promover el rol de las PVVIH está ligado al propio origen institucional de CONASIDA y VIVO POSITIVO, representando un lineamiento permanente que se manifestaba a través de diversas acciones que, a la larga, confluyeron para materializar la idea del Programa de Consejería Asociativa. De esta forma y tempranamente respecto de la introducción del cambio de esquema en las terapias, ambos actores dan continuidad a su relación colaborativa coordinando acciones para estimular la participación de los usuarios de los servicios de atención integral y aumentar la pertinencia cultural de las estrategias de prevención secundaria, factor clave en el logro de la adherencia a TARV.

En este sentido, en el caso de CONASIDA, la idea del programa es consustancial a la misión institucional y su materialización es fruto de un proceso de afianzamiento de diversas condiciones propicias y de la superación de barreras localizadas tanto en el sector salud como en la sociedad civil organizada. Existe consciencia que la voluntad de formar consejeros entre pares se enfrenta al difícil momento en que emerge: estigmatización, precariedad institucional.

> *"(la idea del Programa) Se instala mucho antes de que pudiéramos avanzar más concretamente, en la conciencia, en la idea, en el sueño… prácticamente desde los inicios de la Comisión, pensando siempre que en este tema en particular el rol como sociedad y de las personas en este caso afectadas por el VIH era un rol fundamental, tuvimos muchas dificultades parar poder partir o arrancar con una estrategia como esta, tuvimos que partir por un trabajo de formación de consejeros primero entre pares, que no fue fácil porque hubo que pasar muchas barreras, particularmente las instaladas en las mismas personas viviendo con VIH, romper muchos prejuicios, muchos temores que estaban instalados y en la medida que eso fue venciéndose fue posible hacer por el año 97 o 98 los primeros talleres de formación de consejeros, con la CORNAVI inicialmente y después con VIVO POSITIVO y se le da finalmente la forma, la estructura y la inserción que nosotros creímos que era la que había que tener…" (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)*

Del mismo modo, desde la coordinación de VIVO POSITIVO el relato sobre el surgimiento y la implementación del modelo de consejería asociativa emerge entramado al de su creación como organización, el año 1997. La entidad se representa a sí misma como pionera e impulsora del tema del apoyo a PVVIH en Chile y sus primeros dirigentes, directamente afectados por la carencia de cobertura de medicamentos, garantías explícitas de salud y apoyo en los procesos de notificación, prontamente se sensibilizan sobre la necesidad urgente de organizar un sistema de apoyo y contención psicosocial: "que a otros no les pase como a nosotros".

> *"XXX empezó a organizar la red de consejería en el Hospital Salvador…ahí quedó claro que había un tema que no estaba resuelto, que era hacerse cargo de las PVVIH, por personas que han vivido la misma situación y han recibido una formación, una capacitación, y todo lo que debe implicar la consejería, desde la contención, análisis de casos, etc. "(Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

En la memoria del proceso, quedan marcados los hitos, personas y territorios: el Servicio de Consejería del Hospital Salvador, la primera sede de Vivo Positivo, el Programa de Arica, el del Hospital San José, la llegada del Proyecto Ford y posteriormente del Fondo Global. Cabe destacar una marca de origen del modelo desde la perspectiva de VIVO POSITIVO: su anclaje local, su condición de trabajo comunitario al interior de un recinto hospitalario.

> *"…en esa época…en el hospital El Salvador, instalan el Servicio de Consejería. La demanda era enorme" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

Otro de los antecedentes del Programa de Consejería Asociativa se relaciona con el vínculo entre la prestación y un enfoque de derechos ciudadanos y apoyo mutuo, relevado como una propuesta que aporta al fortalecimiento de la consejería desarrollada hasta ese momento desde los servicios de salud, en tanto se logra profundizar la consejería desde un acompañamiento paritario: una comunidad que se ayuda y se acompaña a sí misma en sus procesos de

salud y enfermedad. Algunos programas locales manifiestan los primeros atisbos de la articulación entre esfuerzos subjetivos y biomédicos que darían forma definitiva al Programa de Consejería Asociativa.

> *“el ayudar, el apoyar a pares, en el fondo esa es la esencia de la consejería asociativa, por un fin común, que es mejorar la calidad de vida de las PVVIH, lograr el efecto esperado de las terapias antirretrovirales, incidir en la prevención secundaria de la infección, todo aquello que sea luchar contra la epidemia” (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)*

> *"…el tema de la consejería…tiene que ver con el autocuidado, el apoyo mutuo, el acompañar, del acoger a las personas en un principio, mezclado también con temas biomédicos…en algún momento en algunos centros se logra formalizar iniciativas que mezclaban los dos ámbitos, previo al programa de consejería asociativa" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

En el caso de VIVO POSITIVO, estas acciones se desarrollan entre los años 98 y 2001 en su sede recién inaugurada. Los primeros voluntarios comienzan a perfeccionar sus habilidades en consejería con la colaboración de CONASIDA y de los primeros organismos especializados en capacitación en consejería –CONSEJER-. La articulación público-privado y Estado-Sociedad civil constituye una marca de origen del Proyecto.

> *"… me acuerdo en Vivo Positivo cuando tuvimos sede, la única gente que entraba era gente de consejería; entonces esto se fue desarrollando, nosotros seguimos formando consejeros, tenemos un programa de consejería en Vivo Positivo, en nuestra sede. Esto fue entre el año 98 y 2001, nos formábamos en las instancias que se abrían a través del Ministerio de Salud, CONSEJER, que eran las capacitaciones" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

Desde el equipo de CONASIDA, los hitos relevados en la instalación refieren principalmente a cuatro instancias: el FonoSida, iniciativas de agrupaciones voluntarias de la Región Metropolitana, el proyecto ONUSIDA y las capacitaciones realizadas en conjunto con Vivo Positivo ligadas a los proyectos institucionales de VIVO POSITIVO: “Soporte Psicosocial para la Adherencia” (2000), “Derechos Ciudadanos y Prevención Secundaria para PVVIH en Chile” (2001) e “Instalación de Centros de Consejerías Entre Pares” (2002). La alta dispersión de los recursos humanos capacitados –propia del trabajo con monitores- hacía del esfuerzo una tarea de permanente comienzo.

> *“la gente se cansaba, desaparecía, volvíamos a capacitar…estuvimos varios años tratando de encantar a la gente con el tema, de que se instalara en alguna parte pero no pasaba mucho” (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

Las bases para impulsar la asociatividad se crean con la incorporación de 40 personas de organizaciones sociales -algunas viviendo con VIH-, en el trabajo del FonoSida, el año 1996. Esta relación inicia el trabajo asociativo, pero a su vez instala tempranamente el tema de la dificultad de trabajo conjunto entre el personal de salud y los representantes de las organizaciones.

> *"Nosotros tenemos una experiencia previa que tenía que ver con el Fonosida, ahí nosotros también incorporamos, en ese tiempo (el año 96), 40 operadores/as y eran personas muchas de ellas de organizaciones sociales, algunas viviendo con VIH, y claramente para los Equipos de Salud fue una situación bastante estresante tener que*

compartir la responsabilidad con otras personas". (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

Respecto a iniciativas particulares, básicamente realizadas en la Región Metropolitana (RM), había un antecedente importante del proyecto en el trabajo previo de los equipos de salud con agrupaciones voluntarias que funcionaban en los hospitales o en un radio muy cercano. La conexión entre los equipos y las agrupaciones estaba principalmente dada por la derivación o la conexión con las redes, especialmente en algunos equipos con mayor sensibilidad frente al tema de los soportes sociales. Los equipos de salud básicamente derivaban y conectaban a algunas personas que estaban recién notificadas con las agrupaciones, donde se esperaba un refuerzo para enfrentar esta nueva condición de vida.

"Dependía de la iniciativa de ciertos profesionales que estaban integrando estos equipos, no incluía una estrategia uniforme entre los equipos de atención y las agrupaciones, por ninguno de los dos lados,..." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

"Entonces llegaba una persona notificada, se recibía a la persona, se le indicaba en que hospital debía atenderse y los pasos a seguir después de una notificación. Y había personas que llegaban antes de ser notificados, para saber a dónde podían ir a tomarse exámenes…"(Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO)

El sentido de la consejería estaba marcado claramente por el del voluntariado. Las personas manifestaban estar ahí como modo de compensar lo que ellos no habían logrado vivir o tener –específicamente, soporte psicosocial para asumir la condición-, lo que les daba un sentido personal a su trabajo.

"Hay personas que trabajaron como voluntarios durante todo el proyecto y después cuando llegó el FG, se quedaron. Y las que se fueron fue porque al recibir este dinero, que no era poco se instalaron con su propio negocio, invirtieron la plata, y otros tuvieron problemas con las agrupaciones, porque eran exigentes en el tema del horario y de las conductas que debían tener los consejeros."(Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO)

"…yo les digo a ellos ustedes tienen la suerte de que alguien los escuchó, cuando yo me enteré de mi enfermedad no tuve esa suerte yo me la tuve que comer solito, la sufrí toa (toda)… "(Presidentes de Agrupaciones PVVIH)

Uno de los hitos que impulsa el desarrollo del Proyecto –desde el actor público de salud- ocurre el año 1998, con la participación de CONASIDA en la iniciativa de ONUSIDA para facilitar el acceso a los fármacos, la cual exigía que el país generara estrategias de apoyo a la adherencia al tratamiento de antirretrovirales (ARV). Cabe destacar una visión anticipatoria, en el sentido que existe conciencia que la cobertura universal –una ansiada demanda por esos años- no bastaba por sí misma para asegurar la calidad de vida de las personas y debía insistirse en construir una red de soporte psicosocial para la adherencia. Al fondo, lo que se expresa es una comprensión del carácter propiamente sociocultural de un fenómeno como la adherencia que, más que una actitud hacia el tratamiento y los controles, constituye un acuerdo del sujeto con sí mismo, en torno a metas de autocuidado: un asunto subjetivo asociado al actor y su soporte social-biomédico.

"…entonces, en esa iniciativa empezamos un trabajo con Rodrigo Pascal en Vivo y con gente de los servicios de salud (SS) de la región metropolitana, es decir, nosotros convocamos a ese equipo y nos empezamos a reunir para hacer un programa de trabajo y hacer algún material, algún folleto, guías de trabajo, y me recuerdo que nos reunimos varias veces con los SS para avanzar en el tema, en definir cómo podíamos ir trabajando, y de ahí salieron estas dos líneas de trabajo que era capacitar a los equipos de salud (ES) y a personas viviendo con VIH" (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

A su vez, si bien existía conciencia desde el principio de la necesidad de atención integral a los usuarios, la dificultad para conseguir medicamentos marca una urgencia y la necesidad de focalizar los esfuerzos en este punto. En este contexto emerge la Consejería, como necesidad sentida pero secundaria. Un lujo más que una necesidad.

"…porque si bien no teníamos cobertura total de TARV igual intentábamos hacer cosas como la consejería (por ejemplo) a las PVVIH, pero claramente te quita fuerza el saber que tú no estás cumpliendo con la principal demanda, necesidad, entonces la mayor parte de nuestros esfuerzos estuvieron orientados para allá durante un buen rato, en términos técnicos y políticos, avanzar en tener mayor cobertura. A pesar de eso intentamos con este tema de la consejería y con el Vivo, pero "pasaba que no pasaba mucho", no teníamos recursos para pagarles a los consejeros, por lo tanto era una actividad voluntaria..." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

Cabe reflexionar un aspecto: la voluntariedad de la práctica es representada como un factor de relativización del sistema. Aquí, 'voluntariedad' es sinónimo de *intermitencia,* asociada al ciclo de desgaste propio de la acción voluntaria. En contrapartida, la disponibilidad de recursos aparecía como un motor de posibilidad del Proyecto y plantaba una dicotomía que atravesaría todo el devenir de la iniciativa: ¿profesionalización por oposición a voluntariedad?

2.2. Generación e implementación del trabajo asociativo

Para ambas instituciones, el Modelo como propuesta asociativa aparece con un sentido de fortalecimiento de un trabajo previo entre CONASIDA y Vivo Positivo. Al igual que en algunos programas preexistentes al Proyecto, la asociatividad en el nivel central no representa el inicio sino un nuevo flanco de trabajo integrado. En ese sentido, da cuenta de una marca fundacional del trabajo en VIH/SIDA: la alianza dinámica entre Estado y Sociedad Civil Organizada.

"Esta práctica, por lo menos en la relación con el tema desde Conasida, partió por ahí por el año 98 cuando se estaba afinando el ingreso de Chile a una iniciativa de Onusida para facilitar el acceso a los fármacos, y esa iniciativa tenía como uno de los aspectos que el país generara estrategias de apoyo a la adherencia al tratamiento de antirretrovirales (ARV)…Paralelamente nosotros fuimos haciendo… empezamos a hacer un trabajo con el Vivo cuando el Rodrigo Tosi entró a Prevención, empezando a hacer talleres de capacitación a PV VIH en consejería, empezamos a utilizar los recursos personales, gente de acá de Conasida con gente de Fonosida, de CONSEJER. Por ahí arrancó esta cosa, primero convencidos a través de este proyecto de que nosotros como país íbamos a avanzar en el tema de acceso a ARV, por lo tanto también teníamos que ir avanzando en este tema. Diseñamos esto y después empezamos este trabajo con el Vivo para ir capacitando a la gente" ((Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

"Este modelo implica el Fortalecimiento de la relación entre los servicios de salud y las agrupaciones para el fomento de las 3 áreas. Refiere a una relación ya existente, e implica una validación de una voluntad compartida, de proyección de un trabajo definido que busca potenciar esta relación. Por tanto no es una inauguración de una relación de trabajo conjunto." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

"Entre 2001 y 2002 hubo una experiencia desde Vivo Positivo en el marco del Proyecto Ford, que se denominó "Profundización y Diversificación de 3 líneas estratégicas", una era prevención secundaria, y concretamente implicaba instalar la consejería entre pares en hospitales de servicio público. Hubo otro proyecto no realizado entre Vivo Positivo y CONASIDA en contexto de ONUSIDA que se denominó "Apoyo psicosocial a los tratamientos retrovirales". Esto daba cuenta del interés de Vivo Positivo de desarrollar la consejería entre pares como estrategia institucional" (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

Es a partir de esta historia conjunta que la relación del Equipo de Salud con las organizaciones se comienza a fortalecer. Las primeras instancias de trabajo compartido fueron las capacitaciones a consejeros vinculadas a los proyectos de Vivo Positivo, en especial los apoyados por la Fundación Ford[106]. Con todo, estas iniciativas no redundan en una 'privatización' de la consejería en prevención secundaria al interior de las Agrupaciones: por la dinámica propia del trabajo en VIH/SIDA –la existencia de competencias de capacitación en el Estado y la sociedad civil-. Las iniciativas adquieren un sentido sinérgico y abren una coyuntura de oportunidad para el surgimiento del Proyecto. Es la antesala del Fondo Global.

"Yo creo que estos talleres, que nosotros hicimos con el Vivo Positivo, eran talleres apoyados por la Ford, pero finalmente era el modelo que nosotros consensuábamos acá, que era bastante la práctica los talleres que se hacían acá, y estos talleres tampoco son inventos nuestros, son una combinación de muchas experiencias ('CORPO', OPS). La Ford estaba apoyando estos talleres e hicimos ese negocio". (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

Por su carácter innovador en materia de prácticas insitucionales y jerarquías de poder, se trataba de una iniciativa que no estaría exenta de dificultades. Con todo, esta realidad es procesada como un desafío de transformación de la política pública y reviste el trabajo en el proyecto con un halo particular de vindicación.

"siempre se tuvo claro desde antes de que comenzara este proyecto que era de cierta forma una propuesta súper nueva, que iba a romper muchos esquemas, principalmente en lo que tiene que ver con el modelo biomédico que, con el que se trabaja en todos los hospitales, la jerarquizaciones y todo eso, o sea siempre se supo que este proyecto iba a venir a romper varios esquemas que de cierta forma tenía algo de ambición en ese sentido, sabíamos que no era un trabajo fácil… cuando llegué… encontraba que el proyecto era súper bonito…poder ver que algún día se concretara este trabajo asociativo entre el estado y la sociedad civil y que sean los pacientes entre comillas, que vinieran a ocupar un lugar de poder que siempre había ocupado el médico o la enferma o la matrona o el psicólogo en último caso… siempre se vio que era difícil, no

106 "Derechos Ciudadanos y Prevención Secundaria para PVVIH en Chile" (2001) e "Instalación de Centros de Consejerías Entre Pares" (2002), Vivo Positivo, Fundación Ford.

imposible y que requería harto trabajo, desde la coordinación hacia abajo, por todos lados" (Coordinación Operativa, CONASIDA)

La llegada al país del Fondo Global, marca la posibilidad de asumir la implementación efectiva del proyecto, el cual es retomado y llevado adelante a través de la estrategia de fortalecimiento del componente asociativo de las consejerías locales, la cual daba claro énfasis al fortalecimiento de la relación entre los equipos de atención de salud y las agrupaciones para prestar un servicio de consejería entre pares a las personas que ingresan a los programas de VIH en los hospitales.

La localización de la consejería en los servicios de salud marca la diferencia, un antes y un después. En este punto, se instala un nudo de interpretación sobre la experiencia: recordemos que el Modelo señala que la consejería asociativa vendría a 'complementar' el trabajo de consejería de ambas entidades. En ese sentido, los representantes plantean perspectivas que denotan una significación diversa de esta elaboración con relación al grado efectivo en que el trabajo incorpora la experiencia previa de la consejería desarrollada desde Vivo Positivo, en sus dimensiones técnicas y políticas. Luego, la marca del Fondo Global tendrá una implicancia refundacional del trabajo que, asumiendo la experiencia previa como un esfuerzo de articulación que debe ser fortalecido, vendrá a abrir –en apariencia- una nueva etapa técnico-política: la inserción de los consejeros al interior de los recintos hospitalarios y la instalación de equipos asociativos de consejería a nivel local.

"(¿Las historias se juntan?)…No, no se juntan básicamente porque no responden al programa de consejería como está planteado hoy día, como fue estructurado en un comienzo. Se juntan en la idea de hacer, de trabajar en conjunto, pero específicamente en qué, de manera que podría decir uno, como piloto se generaron esas actividades, y por lo tanto, a partir de esa experiencia piloto se decide generar y ampliar esta estrategia, no. Se valora sí la experiencia de trabajo, esta motivación de asociatividad, de estar vinculados, una red de apoyo a las personas que viven con VIH." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

"…y es ahí cuando se empieza a articular esta estrategia más global que se diseña esta estrategia de consejería asociativa, que inicialmente tiene el nombre del "Fortalecimiento de la Asociación", entonces, ya ese primer título reconocía algo que había que fortalecer." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

La construcción asociativa del Modelo

Uno de los hitos de la construcción asociativa del Proyecto viene dado por la formulación de los lineamientos técnicos que darían forma a lo que después se denominaría como Modelo Asociativo. El proceso es interesante a partir de dos factores: en primer lugar, los actores coinciden en la valoración de que la experiencia previa proveniente de la práctica local debía ser sistematizada y reflexionada para integrarla al marco común; en ese sentido, se desestima la contratación de una asesoría externa y se seleccionan dos profesionales (uno proveniente de la sociedad civil y otra del ámbito de la salud) para concordar la primera versión de un documento.

"En 2004 CONASIDA y Vivo Positivo llamamos a 10 regiones con una experiencia previa de relación positiva para validar un modelo inicial compartido. En agosto de 2003

Vivo Positivo y CONASIDA piden un trabajo a una psicóloga con experiencia en consejería desde el sector salud y una persona de Vivo Positivo con experiencia en consejería institucional y consejería comunitaria: generan un modelo inicial de programa de formación de consejeros, que es compartido, socializado y validado por las regiones referidas." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

"Nosotros para contar con el documento que tenemos hoy día dijimos se requiere compartir ciertas miradas, lo que ha hecho la sociedad civil, y cómo en particular VIVO POSITIVO ve y mira el tema de la prevención secundaria, de la adherencia, del autocuidado, de la consejería, del trabajo asociativo, de la generación de programas, proyectos, y cómo lo ve y cuál ha sido la experiencia que se recoge de la comisión nacional del SIDA con los mismos temas, y claramente la experiencia sistematizable, de alguna manera tenía que ver con el trabajo que se hacía en prevención, en el caso de Conasida. Antes de esta experiencia de prevención secundaria de personas viviendo con VIH, consejería, de manera conjunta no hay a nivel nacional a qué acogerse, existe sí el tema de la estrategia como prevención, los lineamientos básicos respecto a la adherencia que utilizan los equipos de atención, entonces dijimos conozcamos la experiencia que tienen los equipos de atención y la experiencia que tienen desde la sociedad civil, y contratemos a alguien de los equipos de atención que busque información y contratemos a alguien de la sociedad civil que busque información para articular un modelo de trabajo … (los profesionales seleccionados) empiezan a hacer un estado del arte inicial, buscar definiciones, de estructurar un programa de trabajo, de capacitación y a partir de los dos ámbitos de la línea salud y sociedad civil, y empiezan a conjugar definiciones que son las que estamos manejando hoy día." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

En segundo lugar, destaca la operatoria participativa elegida para formular la versión definitiva del Modelo, que reconociendo el trabajo previo de los niveles local y nacional de ambos sectores, a los cuales se convoca a constituir una mesa de trabajo que terminó de delinear las bases del Modelo. De esta forma, se daba una potente señal político-técnica: el Modelo –y la práctica posterior del Proyecto- debía hacerse cargo de las historias previas y el conocimiento acumulado por la práctica de ambas entidades responsables.

"En términos del documento que es el que aplicamos hoy día no es ese. No es el papel que nos entregaron ellos, ese papel después institucionalmente lo volvimos a trabajar y lo operacionalizamos. Ellos estaban contratados para hacer dos cosas, esta propuesta de modelo de trabajo, que era un modelo de trabajo que incluía también el proceso de capacitación, y que una vez que ellos aunaron los conceptos fundamentales (autocuidado, trabajo conjunto, etc.), nosotros dijimos hagamos un grupo de validación de esto, e invitamos a integrantes de los equipos de salud que tuvieran experiencia en consejería a PV VIH (personas viviendo con VIH) y a consejeros de asociaciones. Ahí vimos los conceptos a partir de lo que ellos también nos comentaron, porque tuvimos una jornada de trabajo para esto, para validar, tanto el programa de capacitación conjunto para la generación de los programas de consejería y los conceptos fundamentales; nosotros tomamos esas opiniones y seguimos trabajando con el documento hasta tener el que hoy día tenemos" (Ent: ¿Se instaló una instancia de mesa Técnica, que ellos constituyeran un referente técnico?) No, fue esa instancia concreta (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

La decisión compartida de discontinuar esta instancia, si bien responde a la noción de objetivo logrado, trasunta una orientación al producto (la formulación del Modelo) y menor atención por la continuidad de dinámicas transversales participativas para la resolución de aspectos técnicos y políticos. Esta tendencia a centrar responsabilidades en el equipo técnico nacional del proyecto será resentida por algunos actores locales, en un discurso que critica la separación de las tareas de diseño y ejecución al interior del Proyecto. Estas

demandas están asociadas a la necesidad de mayor participación en la gestión del mismo y al impulso de procesos de descentralización.

De esta forma, la construcción del Modelo Asociativo es un proceso que no está exento de opiniones; éstas no apuntan a la forma sino al fondo del mismo, esto es, el tenor del documento técnico resultante. Éste es uno de los nudos de desarrollo de la propuesta asociativa: ¿en qué medida el modelo se hace cargo de los componentes de la consejería comunitaria? Aquí hay condicionantes asumidas: por cuanto el Modelo establece la relevancia de instalar la consejería entre pares al interior de los recintos hospitalarios (como un modo de viabilizar su uso por parte de los usuarios), la prestación debe modificarse respecto de la que se hacía en el seno de las organizaciones: se acota el número de sesiones, se limita –al menos nominalmente- el alcance a la relación consejero-usuario (frente a otros usuarios potenciales como la familia y la pareja), se define el marco de temas que deben ser tomados en la prestación. Estas decisiones son compartidas y apuntan a delinear con claridad el campo de actuación del/la consejero/a (en la medida que la amplitud de dicho campo trae consecuencias sobre las funciones de capacitación, asistencia técnica y ejercicio de los/las propios consejeros/as).

Una de las posturas refractarias planteadas sobre este punto indica que la propuesta de consejería asociativa no rescata que la consejería desarrollada por las agrupaciones tuviese una modalidad más "flexible" y adaptable que el nuevo formato en aspectos de derivación y atención.

> *"Hubiese sido necesario haber tenido una mirada no tanto de lo técnico en el ámbito de la consejería, sino que más bien desde el ámbito de la experiencia en terreno misma, creo que las mejores experiencias de consejería para ver de alguna forma regularizado, haber creado algo que fuese más flexible, que recogiera la otra experiencia, hubiese sido incorporar a los consejeros, aquellos consejeros más idóneos que llevaban mucho más tiempo en su función" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

En este punto, resaltamos un aspecto sugerido por los actores: el Proyecto construye sus bases técnicas a partir de un esfuerzo participativo en la gestión –tanto en la sociedad civil como de los equipos de salud con trabajo asociativo tanto a nivel nacional y local- que tenderá a atenuarse en etapas posteriores, manteniéndose el liderazgo del equipo nacional. De hecho, la participación de los actores –como desafío del Modelo- será un tema planteado por algunos actores de los programas locales.

Asi, las entidades responsables del Proyecto resuelven localizar la consejería en los servicios de salud como una vía para fortalecer la asociatividad local, en tanto la institucionalización de la prestación –al interior del recinto de salud y bajo ciertos parámetros técnicos- formalizaría y dejaría relacionados los esfuerzos de las PVVIH organizadas y del sistema de atención en salud. Los consejeros se incorporan a los equipos de atención a través de un programa formal donde se convoca a los centros a participar de una capacitación conjunta en consejería para el autocuidado y prevención secundaria. La invitación se focaliza en integrantes de los equipos de atención que tuvieran un desarrollo de actividades de consejería a personas viviendo con VIH, pero que

a la vez podían tener capacitación en consejería de atención primaria. Se trata de conocer el proyecto que se va a realizar, donde una de sus estrategias es una capacitación conjunta con integrantes de las agrupaciones que han sido seleccionadas.

En el caso de los equipos de atención que ya venían trabajando junto a las agrupaciones y habían sido capacitados para generar un programa de consejería asociativa a nivel local, se les convoca a través de los servicios de salud. Es en esta instancia que estos equipos son comunicados sobre la existencia de una PVVIH, que ha sido seleccionada para ser consejera y que va a ser capacitada en esta actividad. Esta modalidad de operación generó malestar en algunos actores del sector salud, por considerar que en la selección de las personas debía tener un peso mayor la historia previa de relación con los equipos en el ámbito local, historia que muchas veces implicaba mutuas exigencias y conflictos. En términos de algunos actores locales consultados, esta medida impondría una cohabitación con el representante de una organización con la que no existían relaciones consolidadas de confianza y a la que se recela por su rol de fiscalización y denuncia ciudadana. Efectivamente, un patrón de trabajo en co-gestión como el exigido por el proyecto requiere de actores que han aprendido a llevar relaciones de complicidad y conflicto. Este recurso, que existía en el nivel central y en algunas realidades locales, no era un capital generalizado del Proyecto: persistía una relación de confrontación entre agrupación y equipo de salud.

> *"… existía claramente historias entre los equipos y las agrupaciones de la red de Vivo Positivo. La imagen de Vivo Positivo era en un comienzo de "cuco", demandante, de acusación, de develación de los errores, de exageración en algunas instancias respecto a algunas actividades que se estaban realizando en los centros de atención, la demanda de Vivo Positivo frente al Estado (respecto de las atenciones, las imprecisiones en el tratamiento, etc.) donde siempre estaba el rumor de que iban a ser demandados por la sociedad civil si es que no se accedían a las demandas que se establecían desde las agrupaciones de las PVVIH" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

A este temor "político" de ser controlado o fiscalizado por alguien que es simbólicamente el otro -un paciente- y que por arte del proyecto pasa a ser un par, se le suma un temor técnico, "¿pero ellos son usuarios, cómo van a atender a otros usuarios?. Yendo más lejos, si una persona no formada puede hacer bien el trabajo de un profesional, entonces se pone en cuestión su trabajo. El proyecto genera el desafío de afianzar el "con" y dejar atrás el "contra" unos y otros. Como todo desafío de innovación, se crea una zona 'mixta' donde quedan algunos integrantes de agrupaciones y miembros de equipos de salud (por lo general, los coordinadores locales) y queda fuera una gran masa de ambos actores, a la espera de presenciar el devenir del 'experimento'. La instalación del Proyecto enfrentará resistencias de ambas orillas y demandará a los actores del nivel central a dar soporte político a la instalación asociativa, transformando la confianza en un preciado capital político a obtener.

> *"… tratar de no confundir los roles, con los roles que le correspondía al resto del Equipo de Salud, porque sabíamos que se iban a producir algunos celos profesionales, y por lo tanto, nos parecía que estuviera muy acotado lo que iban a hacer los*

consejeros entre pares, muy acotado por la posibilidad de incorporarse al trabajo…" (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

"Creo que un elemento fuerte de la consejería es el hecho de haber constituido equipos, programas locales, donde hay ese mix entre consejeros de la sociedad civil y consejeros del aparato de la Salud." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

"… ese activismo, que en un momento era dispar al delantal blanco, nos ha costado y ha sido labor de nuestra red y de las personas que tenemos un liderazgo, de dar a entender que hoy día somos socios y no somos el problema, somos parte de la respuesta, eso es clave. "(Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

"…en un tema donde la información no es muy grande, los espacios para trabajar este tema tampoco son muy abiertos, porque toda esta mezcla de la confidencialidad y el respeto por los espacios personales hacen que los equipos entren en una relación de compromiso personal muy fuerte, entonces la gente siente no solamente que cuando llega alguien nuevo adquiere nueva información o pone en riesgo tu pega, sino que también puede poner en riesgo esto que a ti te ha costado construir, que son estas relaciones de respeto, confidenciales que van más allá del trabajo cotidiano". (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

La dificultad en la consecución de medicamentos daba un perfil más confrontacional a las organizaciones frente a los Equipos de Salud. Sin embargo desde la institución y frente a la conciencia conjunta de lo urgente de la situación -que implicaba la vida o la muerte de los pacientes-, la postura de demanda de las organizaciones aparece como necesaria y es entendida como una fuerza que colabora. Este rasgo de complicidad y conflicto entre sector salud y Agrupaciones de PVVIH es propio del trabajo en VIH/SIDA y será validado como modelo por los diversos actores locales consultados.

"En ese minuto estaba el tema de los tratamientos desde la organizaciones sociales, que pueden haber sido visto como organizaciones de choque, pero los Equipos de Salud también necesitaban eso, porque los que éramos integrantes de Equipos de Salud en un hospital, estábamos conviviendo con la muerte, entonces para nosotros tampoco era fácil desde el punto de vista profesional, ni desde el punto de vista político, porque estabas ahí asumiendo la responsabilidad que va más allá de lo que tú podías manejar. Desde el punto de vista personal, técnico, eran las personas con las que trabajabas, eran ellos, sus mamás, sus hermanos, etc. era acompañarlos a morirse muchas veces, entonces las organizaciones tenían sentido para los Equipos de Salud."(Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

Formalizado el Proyecto, comienza la fase de implementación en el ámbito local, donde se enuncian una serie de dimensiones o nudos que serán determinantes para el sentido y operación de la iniciativa desde la Fase 1 hasta la actualidad. La resistencia inicial desde el sector salud ante el hecho de incorporar a quien es considerado "usuario" como un integrante de la red de atención, es justificada por la incertidumbre que introduce la intervención del consejero entre pares en el tratamiento del usuario, relación que será asumida como privativa por la cultura institucional de los profesionales de salud. Como un ruido en la cadena de información medico-paciente, el consejero entre pares aparece ante sus ojos como un factor potencial de distorsión de la información biomédica.

"Desde los médicos hay resistencias en relación a ocupar un espacio que a juicio de ellos como que les es exclusivo, atender a una persona con una patología determinada, y que está culturalmente enfocada al personal médico, que es responsabilidad de ellos" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

Existe conciencia que el proceso de comprensión, asunción, coordinación y complementación de funciones entre equipo de salud y consejeros ha sido en proceso paulatino. Al punto que en algunos contextos aún se habla de la 'instalación' del Proyecto como una fase vigente. Lo que está en juego es una comprensión de la consejería como un encuentro de diversos y no como mera integración de un actor comunitario a un equipo de salud preexistente.

"… Yo creo que la instalación ha sido bastante dificultosa… Veo todavía como los personas del servicio de salud tienen una relación de fiscal con los consejeros. Una relación paternalista y en donde las decisiones pasan por ellos. El consejero es un facilitador, pero las decisiones pasan por ellos. "(Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO)

"…acá se incorpora una acción conjunta, entonces poder ir incorporando que eso corresponde a una acción compartida y de responsabilidad compartida y que, por lo tanto, los consejeros tienen ciertos roles que cumplir y el equipo igual, y mirar cómo está definido eso no fue lo más rápido. De alguna forma el proceso hasta hoy día se sigue comprendiendo cuáles son los roles y cómo se van trabajando, vivenciando esos roles. "(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

Luego, durante la primera fase del Fondo Global, la implementación de la propuesta básica del proyecto asociativo en términos de recursos humanos –el trabajo asociado entre salud y las PVVIH organizadas- constituyó una realidad variable que dependió de modo importante del perfil de las personas que a nivel local asumieron la tarea de construir puentes asociativos.

"Unos lograron un trabajo asociativo muy rico entre ambas partes, muchos otros siguieron un proceso similar pero más lento y hasta la fase uno hubo otros que no lograron nunca formar un equipo,…en realidad como se entiende un equipo de trabajo" (Coordinación Operativa, CONASIDA)

La instalación de un proyecto innovador y desafiante como el de consejería asociativa implica asumir la complejidad de impulsar una labor de advocacy o convencimiento sobre las virtudes de la iniciativa orientada a diversos actores: personal de salud, directivos de hospitales, dirigentes e integrantes de agrupaciones, entre otros. De modo determinante, la voluntad de los equipos de salud para acoger el programa de consejería en el recinto hospitalario resultaba fundamental para validar la presencia de los consejeros y viabilizar el eje principal que daba operatividad al programa: la derivación de usuarios.

Frente a este requerimiento, las tareas de desarrollo institucional del proyecto tienden a concentrarse en el establecimiento de una operatoria asociativa en el nivel local y nacional. La complejidad propia de estos procesos pareció operar en desmedro de las tareas de acompañamiento institucional a la instalación del programa. En la medida que el programa 'abría camino' en la política pública, era esperable que entre los profesionales de la salud no contase con el conocimiento ni la confianza propias de una experiencia validada de trabajo; lo mismo en el caso de las agrupaciones, que debían dar el salto para superar la lógica confrontacional predominante en su relación con los equipos de salud.

En ausencia de estos factores, resultaba necesario el respaldo político de los actores nacionales involucrados para generar condiciones locales en torno a la iniciativa. Sin embargo, el mecanismo elegido para llevar adelante el proceso de difusión institucional del programa entre los profesionales de la salud consistió en un ordinario ministerial, modalidad de comunicación escrita que se orienta a presentar el programa ante las autoridades; por su parte, VIVO POSITIVO coincide en considerar como débil su presencia institucional de respaldo al programa. A la luz de los procesos, los actores evalúan la pertinencia de dichas estrategias.

> *"Al no contar con el respaldo institucional desde salud (por desconocimiento formal del proyecto), no era esperable un proceso de derivación regular, formal, desde el equipo de salud a los consejeros entre pares, por un desconocimiento existente sobre esta labor de consejería, por no haber aún experiencia, confianzas ni retroalimentación a ellos desde nosotros.." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)*

> *"este programa podría haber sido pensado en su implementación desde distintas maneras…nosotros optamos por esta vía de comunicar con…no sé si una orden, pero sabíamos que podíamos generar ciertas resistencias también…cuando partió el proceso hicimos las conversaciones necesarias con directivos de salud y hubo una apertura a iniciar el proceso, teníamos que ir viendo cómo iba a ir esto funcionando, ir evaluando si esto era demasiado resistido o generara mucho resentimiento … estábamos haciendo camino cuando partimos…quizá no fue la estrategia más apropiada la vía del ordinario y hay que reconocer que pudo haber sido de otra manera pero al final de cuenta creemos que los resultados van a ser resultados beneficiosos y satisfactorios" (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)*

> *" en la Fase 1 había un coordinador ejecutivo. Sin embargo en cuanto a mi mirada crítica sobre el posicionamiento de Vivo Positivo, en ese momento la coordinación ejecutiva debió tener mayor presencia, en el rol de validar la estrategia en las agrupaciones." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)*

En este marco, la instalación en los servicios de salud conlleva la necesidad de acotar y especificar los roles en un terreno históricamente propio de salud que pre determina la relación y los poderes. La propia relación a nivel local debe ir experimentando las tensiones y transformaciones propias del nuevo paradigma de gestión implicado en el Proyecto: buscar zonas comunes de acuerdo, superar la relación amigo/enemigo.

> *"…las personas viviendo con VIH, que no son funcionarios del servicio de salud, y lo digo porque iban a trabajar al interior de un hospital, en dependencias del servicio de salud con personas del servicio de salud, por lo tanto, iba a tener que compartir un espacio que ya estaba tomado por personas del servicio de salud muchos años haciendo ese trabajo con una inercia negativa, y no es un juicio, negativa porque efectivamente les costaba a todas estas matronas y enfermeras, mayoritariamente, que llegara esta gente con todos los prejuicios y desconfianzas que existen con ese activismo en un inicio era plantarse y "me atendí' o te saco la cresta", ahora esa misma gente forma parte de una suerte de un programa, por lo tanto ahí empezaron las primeras resistencias, tanto de las PVVIH..."(Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

> *"inicialmente como bastante tira y afloja respecto a esta imagen caricaturesca de que invitas a tu casa y no le preguntas a los dueños de casa la opinión de las personas que van a alojar. Entonces eso significaba tener un diálogo con ellos, respecto a que esta era una iniciativa asociativa, porque un contra argumento que se colocaba desde VIVO POSITIVO era que dónde se evaluaban a los integrantes del equipo de salud, que iban*

a ser coordinadores de estos programas, si eran idóneos o no en su actividad. Nosotros consideramos que ya son personas contratadas localmente para cumplir estas funciones" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

Surge con el tiempo una valoración paulatina, gradual, sobre el trabajo asociativo, en particular desde el equipo de salud hacia los consejeros, recalcando las fortalezas y ventajas de la paridad y la experiencia de capacitación de quienes eran considerados inicialmente sólo como usuarios.

"Yo siento que con el tiempo ese discurso (las resistencias desde salud hacia el trabajo conjunto con los consejeros entre pares) ha ido cambiando, viendo que hay bastante compromiso y que los consejeros se creen el tema de la consejería, y que a mi juicio beneficia un montón de otras aristas, y que tienen que ver como en el ámbito no solamente de la calidad de vida de las personas, si no que tienen que ver con cómo utilizas esas instancias en beneficio de promover la participación por ejemplo." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

Pero junto con esto, se plantean miradas críticas relativas a las personas provenientes de las agrupaciones que asumen como consejeros entre pares, que al mismo tiempo comparten roles relativos a otras instancias de acción y proyectos desde Vivo Positivo, lo que implica para el modelo asociativo cierto cruce que contribuiría a desperfilar los roles tanto de los consejeros como de las agrupaciones en torno al trabajo asociativo.

"…inicialmente pensábamos que no fueran los mismos…la misma gente ca cumpliendo varios roles, lo que…nunca fue la idea" (Encargado Atención Integral, CONASIDA)

"Se da una interferencia de otros proyectos de Vivo Positivo, en que algunas personas consejeros también tienen otros roles (controlador ciudadano, monitores en salud reproductiva o voceros) en que se traslapan roles y no sé si son capaces de separarlos (esto ocurre con más o menos 10 personas). Se ha dado que en algunas formaciones los consejeros han recibido mensajes del nivel central de Vivo Positivo que ellos deben tener un rol denunciante." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

A pesar que desde VIVO POSITIVO hay voces que destacan la necesidad de distinguir el potencial virtuoso de esta diversidad de roles, esta interpretación tiene detractores en ambas instituciones. El quid del asunto está en la viabilidad de articular la función de prestación con la de control o fiscalización ciudadana en un mismo agente. A la base de esta tensión, está una cuestión que retomaremos más adelante: los mecanismos para construir una cultura de calidad de atención en el sistema.

"... Aparecen otros actores, como las liderezas en derechos sexuales y reproductivos, que otras personas que van jugando ahí roles super importantes en un ámbito de salud específico. En algunos centros puedes encontrar a un controlador, a una ligereza en derechos humanos y al controlador ciudadano, y al consejero, tres actores clave. Si le sumas a esto los voceros de la agrupación, los voceros de la región, tení un puzzle super interesante para mover, en cuanto a denuncia, derivación, y una red que se pueden formar ahí super rica en relación a las derivaciones." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

"que sean los presidentes muchas veces controladores, mediadores ciudadanos les imprime una complejidad que todavía no logro descubrir muy bien…gente que son tus pacientes que a la vez son controladores ciudadanos que están ahí afuera en la puerta y a la vez están atendiendo a otra gente…eso no contribuye a que los límites sean muy claros""(Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

En relación al operar concreto de los programas a nivel local, se destaca el hecho que a pesar de la falta de articulaciones intra e inter institucionales por parte de ambos sectores, éstos han funcionado y se han mantenido gracias a las voluntades, compromisos y vocaciones de sus integrantes, tanto de salud como de agrupaciones al interior del equipo asociativo. Se entiende que en una fase primaria de instalación del Proyecto, el rol de las personas es fundamental.

> *"mucho tiene que ver con las personas en si, con personas que tenían una mayor apertura del tema y otras que no tanto, otras que tenían más facilidad dentro de su espacio de trabajo para poder implementar este programa y otras que no, o sea por temas tan simples como el espacio físico" (Coordinación Operativa, CONASIDA)*

> *"Relevo el tema de la vocación, la voluntad del trabajo, como el motor de esta estructura más que el respaldo institucional. Se ha dado un compromiso de los equipos asociativos con la atención de los usuarios en esta "trinchera", hay un compromiso ético con los usuarios, con dar una buena imagen del servicio." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)*

Con el inicio de las operaciones en los centros de atención locales, gradualmente se instala el interés por conocer el operar concreto del consejero entre pares en la instancia de la consejería "en el box", es decir, en un espacio confidencial en que el proceso queda en manos del consejero entre pares: la práctica del consejero pasará a ser la *caja negra* del Proyecto.

> *"Este sistema no estaba claro en la Fase 1. En la práctica ha ido madurand…en la fase 1 la ficha de atención era más amplia, menos formal y se llegó a las 21 líneas de acción porque queríamos ampliar y llevar las conversaciones a estas tres áreas en distintos temas, llegamos al final de la primera fase con la nueva ficha, dando además acogida a los temas planteados por el usuario generando un espacio flexible. Quisimos orientar el trabajo de los consejeros, ayudarlos en el trabajo que se da en el box donde no hay nadie más... No se alcanza a monitorear esto, ni siquiera en role playing, no sabemos qué sucede adentro." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)*

Desde el Equipo coordinador de CONASIDA existe la sensación de un equilibrio de fuerzas que continuamente se mueven de un polo a otro en términos de conflicto y cooperación, pero que finalmente van logrando puntos medios de encuentro. Es el modelo de gestión propio del trabajo en VIH/SIDA, donde la articulación entre Estado y Sociedad civil produce el efecto propio de la *sinergia* (donde 2+2=5). En este modelo, frente a la dicotomía sociedad civil – Estado se buscan los puntos de sinergia y mutua necesidad, que enriquecen el esquema de alianzas y amplían la dimensión del poder transformando las políticas públicas en un espacio de articulación público-privado[107]. Lejos de los sistemas, es la política de las personas, donde la calidad del vínculo entre éstas es el sustento de la relación política.

> *"…siempre hay un juego de oposición y alianza, tanto a nivel local como nacional. Cada uno trata de mantener su definición y su rol, y trata de tener el cuidado con la institución, pero por otro lado, sabemos que nos necesitamos, que nos potenciamos,*

[107] De hecho, esta propia dicotomía queda superada en el presente modelo: lo público no es sinónimo de Estado, lo privado no es campo exclusivo de actuación de los sujetos.

por lo tanto es más conveniente trabajar juntos." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

"Es que aquí hay una relación entre los Equipos de Salud y las organizaciones, y la relación entre el Vivo y la CONASIDA, que va más allá de esa dicotomía, porque aquí por algo es que la relación es tan fuerte y se extiende a lo largo del tiempo, por algo que supera conflictos profundos, y es porque la relación está dada por canales personales, porque la gente de los Equipos de Salud conoce a las personas que están ahí, las han acompañado por mucho tiempo, y por otro lado, saben que las organizaciones son un elemento de presión para obtener beneficios para el tema." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

Para los actores de CONASIDA, este esfuerzo se enmarca en la apuesta de los últimos dos gobiernos por aumentar la participación ciudadana en diversos planos de las políticas públicas. En salud, este empeño se traduce en incorporar la mirada de los “pacientes”, transformarlos en actores del proceso de mejora de sus condiciones de salud.

"en el tema del VIH ha tenido una relación muy potente entre Estado y la sociedad civil, verificador de esto es que hay una ley que se hace cargo de un problema de salud específico, por lo tanto, yo conjugo la mirada desde el Estado, básicamente desde el presidente Lagos donde se escucha más fuerte esta demanda de la participación ciudadana y la participación por lo tanto en sus diferentes ámbitos del accionar público, dentro de esos el área de salud, incorporar al interior de las políticas de salud la participación de la gente y la mirada de la gente sobre su propia salud respecto a las soluciones que se están desarrollando"(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

El proyecto de la Consejería Asociativa se presenta como una gran oportunidad de llevar realmente a la praxis el discurso de la participación ciudadana en temas de salud donde los “pacientes” acceden al poder tradicionalmente reservado a “las personas de delantal blanco”.

"…este proyecto se inscribe de alguna manera en esa lógica, incorpora la mirada de la sociedad civil, incorpora personas de la sociedad civil en ámbitos de propiedad histórica y tradicional de los profesionales del área de la salud." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

“este proyecto es una apuesta política nuestra, está haciendo un camino no visto en salud que puede ser exportado a nivel nacional e internacional” (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)

"… poder ver que algún día se concretara este trabajo asociativo entre el estado y la sociedad civil y de esta forma que sean los pacientes entre comillas, que vinieran a ocupar un lugar de poder que siempre había ocupado el médico o la enferma o la matrona o el psicólogo en último caso digamos, pero era, o sea, siempre se vio que era difícil, no imposible, pero difícil y que requería harto trabajo, desde la coordinación hacia abajo, por todos lados."(Coordinación operativa del Proyecto, CONASIDA)

Uno de los aspectos relevados para el éxito de la propuesta en términos de asociatividad lo sitúa de lleno en la mutua legitimación como actores válidos para generar procesos de consejería. La voluntad de integración del aporte del otro define el modelo de asociatividad de consejería como un “encuentro de saberes”.

"…creo que funciona mejor donde hay personas de los ES que creen que las PVVIH pueden participar dentro del equipo o con éste, pero también creo que funciona mejor

cuando las personas de las agrupaciones creen en un trabajo colaborativo con el Estado, o son capaces de diferenciar distintas situaciones de trabajo, unas publicas con otras que pueden ser dentro de la consejería." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

"…es un proceso dificultoso, que tiene avances y retrocesos…hay que vencer muchas resistencias…fundamentalmente por la estructura del sistema…había que hacer un camino muy cuidadoso para salvar estas dificultades…una cultura donde los prestadores tradicionales hemos sido formados para entregar estas prestaciones…es muy dificultoso resolver estos problemas no sólo para instalar al consejero en el ámbito clínico…sino en tratar de instalar un trabajo asociativo. El desarrollo de las organizaciones de personas que viven con VIH lo ha hecho posible…pero también es mucho más posible de lo que era antes porque el proceso de reforma concibe al usuario como actor central de su salud. Este es el momento de tomar la oportunidad que se nos da…hemos ido saltando las dificultades…para abrir un camino que en salud no está y puede llegar a formar parte de una estrategia más permanente en la medida que demuestre su impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario" (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)

Se distinguen como casos exitosos, que realmente lograron desplegar el modelo, el equipo de Arica y el equipo del hospital San José del CDT Doctora Eloisa Díaz. Con todo, cabe distinguir la diferencia del planteo expuesto –consejería como encuentro de saberes- de otro modelo que podemos denominar de "*asimilación*"[108]: la noción de equipo asociativo se pierde y lo que queda es la *integración* del consejero al Equipo de Salud. Esta dicotomía será central a la hora de evaluar la forma y calidad de la relación asociativa de un centro.

"…fueron equipos que siempre desde un comienzo funcionaron muy bien, tanto por parte del equipo de salud que tuvieron una super buena acogida de los consejeros entre pares, como por los consejeros también que fueron personas que se adaptaron inmediatamente a este sistema de trabajo, que pasaron a integrar parte de los equipos de salud casi inmediatamente se podría decir entendiendo que es un proceso más o menos complicado. Y por qué destaco esto, porque es algo que muy pocos equipos lograron, o sea, consolidarse como equipo y ellos pasaron a formar parte de las reuniones de clínicas de los equipos, a proponer temas, entonces fueron realmente programas en los que los consejeros entre pares lograron integrarse y hacer realmente un trabajo asociativo con las personas de los equipos de salud." (Coordinación operativa del Proyecto, CONASIDA)

El éxito también estaría determinado por el atenuamiento de las diferencias entre unos y otros, lo que trae la demanda por la real aceptación del otro como interlocutor válido. Hay distintas estrategias para resolver este punto: de un lado, la capacidad de asumir el saber del consejero como un saber específico, diverso al biomédico, más cercano al psicosocial (esto puede facilitarse desde un paradigma de salud centrado en el bienestar); asimismo, el propio sistema tiende a juntar a los actores de ambas orillas que presentan más similitudes: se crea una tercera zona, de integración.[109]

[108] La antropología nos enseña que hay dos formas de relación entre un sistema y un objeto o sujeto extraño: asimilación o expulsión.

[109] Como veremos a propósito de los casos locales, esta modalidad trae una implicancia negativa: tiende a privilegiar la relación con el consejero –un actor más cercano al equipo de salud- y deja como tercero excluido a la agrupación. Muchas veces, el consejero tiende a suplir el rol del representante de la agrupación.

"Una de las mayores dificultades es la voluntad de trabajar con personas que no son profesionales. Hay resistencia a reconocer esas capacidades en el otro, porque no tiene un título, o sea, aparte de la capacitación. Yo creo que hay un poco de temor a que las personas puedan apuntar hacia otro lado. No haber captado toda la información, transformando el conocimiento y de esa forma que se pueda tergiversar por ejemplo el tema de la adherencia, un medicamento X tiene que ir con tales y tales comidas apoyados, y que la persona lo tenga claro, yo creo que ese es uno de los temores que tiene el equipo de salud." (Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO)

"Creo que hay gente que ha logrado mantenerse más estable, pero también uno puede decir que es la gente que era más estable antes, la gente de las organizaciones que es más parecida a la de los Equipos de Salud y la gente de los Equipos de Salud que es más parecida a las organizaciones también tiene mayor aceptación, y todo eso tiene que ver con el proceso que ha vivido también la gente que está trabajando en este tema. Los clásicos eran más formales, hoy día hay gente que tiene una mirada distinta, más integradora." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

El éxito de la asociatividad también está puesto en el esfuerzo y la capacidad de generar estrategias del propio consejero entre pares. Es principalmente él, como "extranjero", quien tiene que implementar modos de integrarse, haciendo borrosas las diferencias o validándose a través del éxito con los usuarios.

"…son personas que llegan a un espacio que les pertenece a otros, donde el poder lo tiene otro. (Al punto que algunos se han colocado delantal blanco y "plaquita"). Claro, y seguramente así los equipos también lo sienten más cercanos, no era la idea, pero tampoco la idea era que fueran personas seleccionadas por los Equipos de Salud, tal vez, podríamos haber pensado una alternativa distinta, pero lo que nosotros quisimos hacer con esto fue creernos que existe un Servicio de Salud por un lado, y que existe una organización social por otro, y que las dos pueden entrar en un trabajo conjunto, y más creímos eso cuando estábamos empezando a ejecutar el proyecto del Fondo Global, que había traído muchos recursos para los dos sistemas, entonces creímos que este refuerzo que iban a vivir ambos sistemas iba a dejarlos en una situación tal que iban a poder trabajar como dos sistemas, juntos pero no revueltos. Tengo la impresión de que no ha pasado eso". (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

"…fui ganando un espacio, un respeto también y les fui demostrando que el trabajo que yo hacía era un trabajo super serio, porque después la misma gente que yo atendía a veces conversaban con las matronas o ellas se fueron encargando, cómo te dijera, de promocionarme a mí, entonces pa' mí es un gran logro, un éxito y lo más importante que a través de la consejería he logrado llevar gente a la agrupación, entonces el trabajo mío ha sido de un gran esfuerzo digamos, de mucho desgaste emocional..."(Presidentes de Agrupaciones PVVIH)

La definición consensuada del Modelo por parte de las entidades responsables significó la formalización de la práctica que las organizaciones venían trabajando. Esto implica la caracterización de las competencias básicas necesarias, un sistema de roles y relaciones jerárquicas estructurado y el centramiento de la prestación de consejería en la díada consejero-usuario, desplazando o dando un lugar más 'periférico' el tema de la red, del trabajo con la familia y/o la pareja del usuario. La perspectiva es intentar el equilibrio en una instalación "lo más fluida posible" desde el punto de vista de su institucionalización. Formalizar la actividad y comprometer a todos los actores implicados.

Esta noción de 'fluidez' se extiende hasta los propios usuarios. Sobre la base de un supuesto que caracterizaba el patrón predominante de expectativas

sobre la atención –bajo una fórmula, “corto y fácil”- se tenía la impresión que la introducción de una nueva prestación como la consejería complejizaría este esquema. Por lo mismo, se debían buscar soluciones que efectivicen la prestación en un contexto difícil, donde los pacientes no presentan una motivación real o posibilidad en términos económicos o tiempo para participar en actividades que vayan más allá del tratamiento biomédico.

> *"…estábamos ofreciendo otra alternativa a la gente que en alguna medida igual está moviéndoles el piso, les está haciendo gastar más plata porque tiene que ir, o les está quitando más tiempo de trabajo, o la está obligando a ir al hospital, porque ésa fue la decisión institucional, que fuera en los hospitales." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

2.3. Proceso de selección de los consejeros entre pares

Construidos los acuerdos básicos, se comienza la implementación del proyecto con las personas en ese momento seleccionadas, proceso del que derivan aprendizajes en cuanto a las modalidades y criterios que definirán los procedimientos de selección y evaluación, así como respecto de la idoneidad de las personas que serán consejeros entre pares. El tema de la postulación y selección de los consejeros, será objeto de opiniones diversas al interior de VIVO POSITIVO.

> *"Creo que también hay ciertas deficiencias que tienen que ver con la selección, el tipo de selección que se hace de los consejeros. Recuerdo muchísimo que algún encargado de los programas pedía participar en la selección de los consejeros, a lo cual nosotros nos oponemos a que el Estado participe de una toma de decisiones que es exclusiva de las organizaciones" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

Frente a las miradas que refractan la participación de salud en la selección de los consejeros entre pares, hay otras más dispuestas a vivir el proceso, poniendo por delante un cierto perfil ‘técnico’ del consejero, lo que empalma con la necesidad de procedimientos rigurosos de selección. Es una visión afirmada en una actuación más asertiva de la organización pero sobre la base del reconocimiento de las ‘flaquezas’ institucionales a nivel regional-local.

> *"En cuanto a la calidad de los consejeros, o más bien idoneidad, en la fase 1 yo no tenía contacto con regiones. Quisimos ser descentralizados y que las agrupaciones propusieran a las personas para consejeros entre pares quienes después fueron entrevistados y seleccionados por una primera consultora. Finalmente no fueron las personas más idóneas necesariamente, pues son las personas que integran en la realidad a las agrupaciones. Al enmarcarse en este proyecto formal se establece una exigencia mayor en la idoneidad y calidad de los consejeros entre pares. Varios de los consejeros formados en las jornadas no eran idóneos. Tuvimos un nivel de flexibilidad en la aceptación de los postulantes y de los ya evaluados, dando por resultado que casi el 50% de las personas quedaron rechazadas con el proceso, y el otro 50% quedaron aprobados con reservas. Así dimos curso a esto, habiendo reservas importantes desde la selección. La idoneidad requiere más rigurosidad." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)*

> *"Se hace necesario ser más rigurosos en el perfil y en los resultados de la selección, y ver en detalle en cada caso. Como aprendizaje queda la necesidad de ser más directivos en la selección de consejeros, invitando para esto a algunas personas para*

formarse como consejeros más que esperar el envío de personas que la agrupación designa." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

Uno de los puntos críticos de la implementación del Modelo tiene relación con el retiro de algunos consejeros "históricos", situación evaluada como producto de un desencanto por parte de los consejeros con los tiempos de aplicación, con los atrasos del pago y con una percepción crítica del modelo implementado.

“Uno puede ser el tema de las dificultades de gestión, siendo todos los actores implicados pero como producto, el resultado final, el momento del pago de las consejerías, donde el pago pasa a ser uno de los elementos centrales mensuales de su trabajo, donde hay una mirada al ritmo de la implementación de las estrategias, sean de acompañamiento psicológico, fortalecimiento local, incorporación de actividades sugeridas en los programas que se validan o no, de la resolución de las dos entidades responsables del proyecto para abordar ciertas demandas desde los programas, la resolución de la asociatividad como estrategia” (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

Se evalúa también como posible causa el perfil más técnico que va adquiriendo la consejería, desdibujando el rol más político de la presencia de una PVVIH en los equipos locales. A su vez, se percibe que las críticas no fueron escuchadas a tiempo.

"Las demandas históricas que le hicieron voz a las PVVIH, que ellos tuvieron un proceso de constitución de ley, de empoderamiento frente a la temática de los fármacos (acceso a cobertura universal), que por ahí pudieron haber estado sus grandes temas, y acá como que se produjo un espacio más de aplicación, más técnico, del cotidiano, de hacer un servicio, una consejería entre par, y que tal vez fue generando frustraciones..." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

"...y a eso se le puede ir conjugando elementos anteriores, como el funcionamiento de las estrategias, y que fueron disociando la percepción y las críticas a los encargados del proyecto, y que esas criticas tampoco generaron mayor revuelo al interior del proyecto en sí y al interior de la misma red, y que por lo tanto quedaron como una voz sin escucha" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

2.4. Capacitación de los consejeros

En los orígenes del Proyecto asociativo, uno de los puntos sensibles para la coordinación de CONASIDA fue el fortalecimiento de la calidad de la formación de las personas que venían trabajando en el tema, para asegurar la calidad del trabajo a realizar.

"Primero, cuando íbamos a empezar el proyecto sabíamos que íbamos a empezar con mucha gente que no tenía formación en el tema, por lo tanto, no teníamos ninguna seguridad que fuera gente que tuviera capacidades o habilidades para trabajar con la familia o la pareja..." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)

Junto a la nivelación temática resultante de los procesos de capacitación, ésta cumplía una función adicional: servier como espacio de encuentro en pos de la construcción de un espíritu de equipo entre los actores locales. De esta forma, se marca como hito del trabajo asociativo los espacios generados a partir de las capacitaciones en tanto espacios para salir de la rutina diaria, de los espacios cotidianos, para compartir y conversar sobre la adaptación local del

modelo. Se valoran como espacios de intercambio de conocimientos, de generación de “comunidades de prácticas”. De esta forma, el encuentro de diversos y el intercambio de experiencias va generando condiciones de viabilidad para el trabajo asociativo.

> *"Mira, yo creo que los hitos más importantes en el trabajo asociativo, fueron los encuentros o capacitaciones que se pudo hacer ya, porque fueron momentos en los que las personas pudieron traer su experiencia local, buena o mala digamos, y compartirla con otros equipos y ver que este proyecto que tal vez para la persona de la región X, le parecía horrendo, espantoso y le estaban obligando a hacerlo por decirte algo, tal vez no era tan terrible, para esta otra persona resulta que era super bueno y que había sido muy bueno para su consultante" (Coordinación operativa del Proyecto, CONASIDA)*

Las instancias de capacitación conjunta promueven la profundización de las relaciones entre los equipos, ayudando a generar vínculos más paritarios. Como tal, responden a la implementación de una estrategia de fortalecimiento del espacio asociativo de los equipos locales.

> *"… también estar ahí con su Consejero, la matrona o no se, la persona encargada del programa estar ahí con el Consejero y tener otro momento en el que encontrarse, no en el pasillo del hospital ella con su delantal, o sea era distinto ahí se estaban capacitando todos por igual o sea eran instancias de capacitación en las que se les evaluaba a todos bajo las mismas pruebas, todos hacían las mismas actividades entonces era otra forma de mirar a esa persona que tú te encontrabas en el hospital y que era tu paciente también."(Coordinación operativa del Proyecto, CONASIDA)*

Uno de los temas necesarios de enfrentar en la capacitación fue la alta rotación de los participantes, que ocurría incluso en los primeros proyectos cuando la motivación de participación era alta, pues se ligaba principalmente a la dificultad por conseguir medicamentos.

> *"La gente se cansaba, desaparecía, que sé yo, entonces bueno, volvíamos a capacitar gente, y así yo creo que estuvimos varios años tratando de encantar"(Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

A su vez, se critica lo que se entiende por despersonalización y burocratización del proceso de formación del personal proveniente de los servicios de salud. Este rasgo puede ser leído como una práctica de microresistencia desde los responsables de salud frente durante la primera etapa del Proyecto, donde un modo de manifestar disconformidad puede ser el envío de un integrante del equipo de menor rango o que no va a aplicar la formación recibida. Como sea, esta situación conspira contra la sostenibilidad del Proyecto.

> *"Lo interesante, yo me encontré dándoles capacitaciones: “y usted quién es”, “no yo soy la secretaria lo que pasa que la persona que hace consejería está de vacaciones, o estaba con licencia o no pudo venir porque tenía otra cosas”, entonces las personas que se capacitaron no eran precisamente personas que iban a hacer las consejerías. Eso ocurrió bastante, y yo me daba cuenta porque estuve en todas las capacitaciones…" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

III. Procesos internos y gestión

3.1. Derivación

El Modelo establece el mecanismo de derivación como uno de los puntos centrales del Modelo Asociativo, toda vez que ordena el flujograma y establece una relación formal y explícita entre los integrantes del equipo de salud y el consejero inserto en el centro hospitalario. Como ordenamiento de la práctica, el procedimiento de derivación pone al facultativo en conocimiento del programa y establece una 'comunidad de habla', en el sentido que existe una agenda compartida de tópicos a tratar los cuales, partiendo como un requerimiento del equipo de salud al consejero, retornan á este por vía de la retroalimentación, generando un efecto de resonancia comunicativa. Al mismo tiempo, el procedimiento es un factor de construcción de confianza entre los actores del sistema, toda vez que visibiliza –'transparenta'- el perfil de la intervención del consejero ante los profesionales de salud. La modalidad de derivación planteada en el Modelo de Consejería Asociativa, establece que el equipo de salud resuelve el momento y los temas a tratar por parte del consejero entre pares

> *"antes no había una hoja de derivación, por no estar esta hoja el médico no sabía de lo que hablaba el Consejero en el box del lado y decía cómo voy a derivar a alguien sino tengo idea de lo que le van a hablar al lado, entonces, que este papelito circulara con una petición clara, háblele de esto y que el consejero a su vez después se lo devolviera y le dijera mire hablé de esto y además hablamos de esto y esto y nos vamos a ver dos veces más, generó instancias de encuentro de partida entre el consejero y el médico y además de confianza que el tema fuera acotado… porque por ejemplo el médico podía decir 'esta persona está súper capacitado en el tema del uso del condón, entonces tenía la confianza de derivarle a todas las personas que él pensara que tenían que ser reforzadas en este tema pero sabía que se iba a hablar de eso, antes no…eso fue súper importante (Coordinación Operativa, CONASIDA)*

Con todo, a la luz de las experiencias desarrolladas, los representantes de VIVO POSITIVO sugieren una mirada desde lo político y técnico, con miras a su revisión sobre la base de un nuevo análisis respecto de los entes y condiciones del ejercicio de la derivación. A la par de este cambio de rumbo, la entidad referida requiere de CONASIDA construir mecanismos institucionales para incidir sobre uno de los núcleos críticos de la implementación del Modelo: la voluntad de los médicos tratantes.

> *" El tema de las derivaciones, cómo se mejora la estrategia de derivación…debería mirarse, en el sentido de hacer los ajustes pertinentes, o bien jugársela por instalar el centro de consejería en algún espacio que sea más asequible... Yo cuestiono que la consejería se establezca en la medida que el médico o la matrona deriven un caso... Muchas veces se mira al personal de Salud como médico... El hecho de que se vea como una consejería efectiva según quien te deriva, que es el médico en este caso o la matrona, creo que también restringe... Siento que ahí falta un poco más de enganche de parte del nivel ministerial, de asumir un rol mucho más activo, un compromiso más concreto en relación a las directrices que se pueden dar a los médicos tratantes" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

En el momento 1 del monitoreo realizado por el Equipo Nacional del Programa, un 47% de los participantes en los talleres realizados indicó como principal dificultad el funcionamiento del sistema de derivación. Asimismo, un 60% de

los consejeros manifestó la necesidad de aumentar la derivación desde los equipos de salud.

3.2. Vías de verificación de la asociatividad local

Existen –al menos- dos planos en los que pueden rastrearse signos de la asociatividad promovida por el Modelo a nivel local. De una parte, está la respuesta de los actores locales a las tareas de la implementación formuladas por el equipo técnico nacional (las cuales están diseñadas a partir de un supuesto de trabajo asociativo); de otra parte, la retroalimentación que fluye desde los equipos al nivel nacional. En el primer caso, es necesario distinguir entre la respuesta procedimental a los requerimientos de funcionamiento del sistema y la efectiva asociatividad en el trabajo; en el segundo, cabe leer los trazos propios de la aplicación local del Modelo Asociativo. En aquellos puntos donde ha existido una práctica de asociatividad, el proyecto enfrenta el desafío de institucionalizar relaciones que hoy por hoy son idiosincráticas: transitar desde los lazos personales a marcos comunes de actuación que hagan sostenibles las acciones del Proyecto.

Frente a la consulta sobre los indicadores de los procesos de asociatividad local, se menciona como primer verificador la propia implementación conjunta del proyecto: en ese sentido, existiría asociatividad en la medida que existe un proyecto y ese proyecto se elabora en conjunto. Desde esta mirada, el Proyecto Local es un hito de 'localización' del Proyecto, en el sentido que permitiría la manifestación de los elementos idiosincrátricos en la operación del Modelo Asociativo.

> *"Lo primero es que se está implementando el programa, bajo los criterios conjuntos en la elaboración del mismo. Al momento que se espera que se elabore un programa de consejería asociativa, lo que se espera es que el diseño y las inquietudes locales se manifiesten en esos programas, tanto para la generación de consejería asociativa, la generación de consejería entre pares, vinculadas con los equipos de salud..."(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

El segundo indicador referido desde la Coordinación Nacional es el envío por parte de los equipos locales de las planillas de registro mensual. En este punto, puede tender a confundirse el chequeo de instrumentos de registro por parte del coordinador de salud –un procedimiento administrativo- como un signo de asociatividad.

> *"La segunda señal es que los equipos envían estas planillas de trabajo conjunto, en base al modelo que indica que cada turno, que cada ficha que se registra, viene apoyado por la estrategia de asociatividad. Eso es indicador de una acción que se enmarca en un contexto de asociatividad...(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

El tercer indicador está dado por la presencia de los equipos asociativos en las actividades nacionales de capacitación. De modo general, podemos leer estos signos bajo un denominador común: se trata de la respuesta de los actores locales a procesos definidos desde el nivel central.

"…cuando hacemos actividades de capacitación y son invitados los equipos locales y se presentan los integrantes del equipo de salud con los consejeros entre pares como equipos de consejería asociativa, eso ha tenido una evolución en el tiempo. Un hito muy importante fue la actividad de Cuncumén en ese sentido, que fue el primer elemento histórico donde se presentan como equipo, entonces ahí hay como otro antecedente." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

Como es de esperar, durante la fase inicial de implementación del proyecto la dinámica asociativa ha estado fuertemente determinada –positiva y negativamente- por los lazos personales de los actores locales. Tomando este rasgo del proceso desde un tinte crítico, los representantes de VIVO POSITIVO realizan un análisis del modo en que las vicisitudes propias de la política introducirían obstáculos para diseñar estrategias sostenibles: persiste una influencia importante de los lazos personales y las acciones no trascienden a las personas que logran los acuerdos operativos, retardándose la construcción de institucionalidad o política pública.

"Ha influido el cambio permanente de autoridades y la sobrecarga de funciones de los encargados de servicio de salud; también el funcionamiento burocrático estatal… A nivel local tampoco hay voluntad política total. Siendo un modelo innovador, puede resultar extraño o impertinente a algunas personas, que un paciente se sume a un trabajo a la par con salud, Esto también pasa por falta de voluntad política de las agrupaciones localmente, pues ha faltado un vínculo formal con Salud más que relaciones de amistad o simpatía...eso afecta la incidencia del proyecto. Al cambiar la autoridad se va la relación de amistad y con eso ocurre un desconocimiento de lo ya realizado y comprometido." (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

A juicio de los representantes de la organización, el logro de la asociatividad pasa por lograr una efectiva cultura de integración entre las PVVIH organizadas y los equipos de salud, cuestión que requiere abordar un conjunto de prejuicios presentes en ambas partes. La integración política y técnica de los equipos es una labor que requiere el concurso de los actores institucionales que respaldan el proyecto a todos los niveles (de hecho, un 40% de los equipos participantes de los talleres de monitoreo acuerdan aumentar los espacios de trabajo asociado). Desde el punto de vista de VIVO POSITIVO, es necesario que el proyecto logre resonancia a nivel de los actores políticos del Ministerio de Salud.

"Complejo…efectivamente para hacer reuniones técnicas tiene que haber todo lo anterior, y claro eso es difícil pero no imposible, es decir, falta mucho trabajo de advocacy precisamente para que pueda darse esa reunión técnica, que no esa sólo una reunión de resolución de conflictos. Falta mucho de advocacy que este proyecto se lo tiene que comprar la subsecretaria de redes asistenciales, o sea Fabregas debería enviar un instructivo, o sea este proyecto habría que presentárselo a él, y a la Amarales" (Coordinación Ejecutiva, VIVO POSITIVO)

A la par de estas percepciones, existen indicios de un mayor involucramiento de los actores locales en la implementación de la estrategia. A modo de ejemplo, pueden mencionarse algunas manifestaciones de equipos locales que demandan nuevos procesos de formación de consejeros entre pares y en esa medida, transmiten una percepción de la consejería asociativa como una herramienta útil que debe generar estrategias para su mantención en el tiempo.

"Donde hay baja de consejeros por diferentes motivos, la inquietud del equipo de salud apoyando la posibilidad de seguir implementando el programa de consejería asociativa,

pidiendo la formación de consejeros dada la baja de algunos, donde se respalda a consejeros, si se va uno el equipo valida que el que se queda haga dos turnos, entonces detrás de eso se está validando que hay una consejería entre par que se realiza, hay una estrategia conjunta; uno puede leerlo desde ahí..."(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

Otros signos van más allá, consensuando cambios para dar mayor sostenibilidad local a los procesos: por ejemplo, en la definición conjunta de los procesos de selección de candidatos a consejeros. En este caso, se trata de transformaciones que van en dirección de la descentralización de procesos, profundizando la gestión asociativa.

"Un indicador de asociatividad… también podría mirarse desde ahí, o sea, se presenta un programa, tiene un periodo de tiempo, termina y sigue la idea de continuar trabajando de manera conjunta, y hay una segunda instancia que se siguen presentando, e incluso temas como, por ejemplo, se está barajando el proceso de selección conjunta entre los equipos de salud y algunas agrupaciones para la selección de los consejeros." (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

3.3. Instrumentos del Proyecto

En su devenir, el Proyecto desarrolla un conjunto de instrumentos para dotarse de una institucionalidad y así poder homogeneizar al máximo posible la operación de los programas locales. Se trata de decisiones técnicas consensuadas que recogen y mejoran procedimientos y formularios construidos en el trabajo de las entidades (como la ficha técnica).

- Como instrumento a la base se presenta la Guía Técnica, donde se plasman los distintos programas locales diseñados de manera conjunta, entre los coordinadores de equipos de salud y el consejero capacitado. Constituye el primer instrumento que permite el vaciado de la información y enmarca las propuestas locales.
- Como instrumentos de apoyo al programa, está la Ficha Técnica de Usuarios de consejería asociativa, de ingreso y registro de sesiones de las personas, de los usuarios que han sido derivados o que han tomado contacto para la recibir una consejería entre pares.

"El primer formato reúne las fichas de atención que se utilizaban en VIVO POSITIVO para el tema de la consejería más la ficha que se utiliza, por ejemplo, en el centro de Romero, que ahí hacían atención a personas viviendo con VIH, entonces se juntan ambas fichas y se empieza a armar un primer tipo de instrumento de registro de la información, que utilizan los consejeros entre pares… "(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

A la luz de la experiencia realizada, desde el punto de vista de los actores del proyecto, existe un conjunto de adecuaciones posibles de introducir al diseño de los instrumentos. Por ejemplo, la posibilidad de introducir categorías más amplias en los motivos de atención de la ficha; asimismo, la posibilidad de revisar la necesidad de volver a anotar ciertos datos sobre el usuario o sobre la consejría que ya están presentes en otros instrumentos de registro. Las modificaciones propuestas pasan también por informatizar el registro de algunos datos. De fondo, una demanda principal: hacer de la ficha un

instrumento de autoaprendizaje, generando el puente propicio entre el registro de temáticas abordadas, cuestiones emergentes, la sistematización y la resolución posterior de estas materias en la capacitación y/o análisis de la práctica a nivel local y nacional.

> *"La ficha... es que hay ciertos documentos que yo creo que debieran ser mejor diseñados… "La pauta que trabajan en el Vivo, es mucho más amplia, en cambio acá te encasillan en tres grandes temas... Esa ficha en sí yo creo que hay aprendizaje en el tema de auto-capacitarse, porque si hay que hacer una atención y hay temas que no caben en la pauta, pero están dentro del auto-cuidado, o de la prevención, o de los medicamentos, porque si te hacen una consulta genérica y en la pauta, no sale la categoría genérica (...). Esas pautas les sirven a ellos para auto-capacitarse también, porque de repente el tema no lo conocen muy bien, entonces ellos piden que... sabes que para la próxima capacitación podríamos ver este tema?, (…) hay otra ficha donde tiene que anotar el código de la persona, más sexo, y cuándo fue atendido, siendo que está registrado esto en la ficha de atención, la que te llevan, y aparte tiene que llenar otras, donde está el código, el sexo, el horario de cuánto se demoró y la firma del consejero, y siendo que en la pauta de atención, tú puedes poner abajo el tiempo de duración. Entonces, esa pauta y el tema del control del horario. O sea, puede ser más un registro electrónico que un registro de hoja, porque ellos te hacen un horario donde te firman, y tú no puedes andar preguntando "¿habrá llegado tal o no?", entonces, al final mejor que te manden por correo la pauta" (Coordinación Operativa, VIVO POSITIVO)*

- Conjuntamente se genera un segundo instrumento, la Consulta Anónima y Confidencial sobre la opinión o impresión de los usuarios respecto de la atención recibida por un consejero entre pares. Son dos instrumentos iniciales.

> *"Sobre el primero, ese tuvo su historia sola, se tuvo que ir modificando en la medida que íbamos viendo que al momento de la puesta en práctica del instrumento se le fue requiriendo mayo claridad y especificidad para su utilización, y eso a la luz del marco que implicaba la consejería entre par, que también fue dialogando con el diseño del modelo, con el diseño de la definición de los programas locales, etc., donde no habían temas como hablar de las vías de transmisión, que inicialmente uno consideraba como motivo de consulta. Se le fueron retirando temas y se le incorporaron otros y definiendo otros puntos."(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

- Otros instrumentos de apoyo elaborados son el Registro de las Reuniones, a efectos de monitorear localmente las reuniones del equipo de consejería asociativa (temas, contenidos, etc.), el Registro de Turnos de Consejería Asociativa, donde el consejero marca las fechas de realización de sus turnos en el centro de atención. Este formulario, más el de los ingresos de las fichas de atención, que registra el código del usuario, permite un registro de los turnos del Consejero entre pares y el cotejo de las consejerías efectivamente realizadas que sirve de soporte al pago o aporte mensual a los consejeros.

Este esfuerzo de construcción de instrumentos es parte de una preocupación más general de ambas entidades responsables en orden a formalizar procesos, el cual tiene distintas aristas: homogeneizar un perfil psicológico (a través de la introducción de procedimientos de entrevista de selección); la organización de un perfil de competencias (mediante procesos de capacitación organizados conjuntamente); proveer un perfil de gestión (por vía de esta batería de instrumentos). Era el modo de asumir la diversidad de realidades locales del

proyecto y estandarizar al máximo posible la información y las comunicaciones del sistema.

> *"… por lo mismo fue que nos pareció importante toda esa batería de instrumentos, porque trabajamos con las organizaciones y con los ES por otro, sabemos que hay una gran diversidad. Los ES son diversos, uno de otro, dentro de los 32 equipos, las agrupaciones son diversas una de otra, y la gente que te encuentras dentro también, entonces más allá de eso, nosotros tenemos que poner instrumentos, estandarizar lo más posible la atención y la recogida de datos, de tal forma de minimizar el impacto que pudiera tener las características de personalidad, otros factores." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

Al mismo tiempo, se ha formado una sensibilidad que promueve una mirada diferente sobre los instrumentos, cuya versión actual y realmente existente no permite entrar en los procesos y en los aprendizajes que el proyecto requiere. Se trata de construir e implementar modos complementarios de observar la práctica y plantear la pregunta general sobre la calidad de la consejería: el paso del registro a la información, del dato al aprendizaje.

> *"… yo creo que se carece de instrumentos más cualitativos que nos den esa información. Nosotros sabíamos que estábamos obteniendo información por fuera, y que en algún minuto íbamos a apuntar al tema de la calidad, y que íbamos a tener que entrar con otros instrumentos, que es un poco lo que está también explicando este estudio, "dar a conocer lo que está ocurriendo allí adentro, qué es lo que opina la gente", porque nosotros hemos querido hacer la pega y hemos tratado de facilitar que se haga la pega, y de facilitar los contactos, y de no marearnos mucho con los comentarios." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

Cabe prevenir el peligro de que bajo una modalidad burocratizada de funcionamiento, el Modelo pueda devenir una camisa de fuerza que constriña el potencial de actuación del consejero entre pares, que resiente la estandarización y limitación de los espacios de realización de la consejería, que terminan excluyendo modalidades de práctica que se perciben como vitales en la actuación de un consejero. Por ende, la reflexión sobre los instrumentos y su permanente actualización constituyen una preocupación fundamental.

> *"… lo que no me gusta a mi de las consejerías es el tema de… el que uno tiene que estar encasillao…de repente llega una persona super mal y tu no lo podi atender…o hay una persona hospitalizada arriba y necesita una consejería… uno no puede ir a ver…,entonces esas indicaciones son las que no… no me cuadran porque si uno es consejero, no es consejero como una derivación, es consejero en todos los ámbitos y cuando la persona lo necesita, eso a mi me… no me… no me cuadra, no me llega."(Presidentes Agrupaciones PVVIH, VIVO POSITIVO)*

Por último, está dimensión política de los instrumentos: aquí, la definición y adecuación de éstos a la realidad local son tomados como un indicador de la voluntad de los responsables del proyecto para impulsar lógicas de participación en la gestión.

> *"… siento que fue una ficha impuesta, nunca se les pregunta a los consejeros nada, que opina, estay de acuerdo, le sacamos eso, le colocamos esto, que aspecto le podemos instalar…" (Presidentes Agrupaciones PVVIH, VIVO POSITIVO)*

Con todo, esta percepción debe ser matizada incorporando la importancia de los insumos obtenidos a través de los procesos de monitoreo, donde el

contacto con los actores locales ha permitido teatear la pertinencia del instrumental del proyecto e introducir las mejoras que surgen de la reflexión de la práctica de los equipos locales.

> *"esto que al principio era más ambiguo más abierto y que en la marcha nos dimos cuenta de que mira sabes que, mejor así, asá y no es porque a nosotros así se nos ocurriera sino que también fue inquietud y aporte de los programas, de las mismas personas en los monitoreos, en los procesos de monitoreo fue toda información que se iba recogiendo" (Coordinación Operativa, CONASIDA)*

La reflexión sobre los instrumentos es un campo que desborda lo meramente administrativo: a propósito de ésta, se constituye una demanda de participación local permanente por parte de las personas que están en el trabajo cotidiano de la consejería, a efecto de potenciar un mayor protagonismo en la gestión por parte de los equipos locales, en la perspectiva de fortalecer su rol de contraparte técnico-política del Proyecto.

3.4. Capacitación

Como otras tareas del Modelo Asociativo, durante la implementación del proyecto la organización de los procesos de formación de consejeros ha sido una labor compartida que ha implicado el concurso de representantes de la sociedad civil y del sector salud.

> *"La experiencia de lo que es la aplicación de la consejería como técnica se comparte entre VIVO POSITIVO y la Conasida, se invita a participar de experiencias a gente que ha sido capacitada por ambas instituciones, porque uno podría decir "la madre de los temas están acá", entonces si bien gran parte de los que han desarrollado las temáticas del VIH, capacitaciones, etc., han sido capacitados en este espacio, o en alguna de estas instituciones, donde ellos después han desarrollado sus propios campos de trabajo, pero la línea ha sido recabada por estas dos instituciones asociadas, por lo tanto, los contenidos, las definiciones técnicas han sido a partir de lo que Conasida y VIVO POSITIVO acuerdan que son los métodos más adecuados para capacitación y cuáles son los temas más adecuados y cómo tienen que ser trabajados" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA).*

Los procesos de formación constituyen un nodo del programa al que confluyen distintos procesos relacionados con el trabajo asociativo: en primer lugar, las definiciones temáticas del perfil de competencias propio del Modelo Asociativo; por otra parte, la relación con los procesos de consejería local que son sistematizados (que van delineando una pauta de temas en la atención); en tercer lugar, los propios emergentes en materia de la discusión nacional e internacional. De conjunto, dan forma a una pauta temática de capacitación la cual, sin perjuicio de responder a un diseño acotado en los 3 grandes temas del proyecto, se caracteriza por un dinamismo proveniente de la articulación entre los procesos de formación y la vida del proyecto.

> *"Yo creo que la primera fase ordenó un poco la temática de que este proyecto tiene tres grandes líneas y eso se le pide a este proyecto, y en todas sus estrategias: autocuidado, adherencia y prevención secundaria, separadas como líneas temáticas. Detrás de cada una se van incorporando temas, por ejemplo, el tema de la transmisión vertical, dentro de la prevención secundaria, donde al incorporarse como tema se tiene que incorporar como capacitación, la empieza a nutrir, y por lo tanto focaliza, "oye si*

tenemos este asunto (que al principio eran todos los temas), démosle con todo", poco a poco la fase 1 tuvo como esa mirada, desde la más general, implicante, hasta ir definiendo 3 campos de acción. Entonces, autocuidado, cuáles son los temas del autocuidado, en primera instancia eran nutrición, hábitos alimenticios, derechos de las personas y apoyo emocional. Al principio le empezamos a dar con los dos primeros, a partir de que eran los temas que íbamos recogiendo dentro de las demandas temáticas de los equipos para ser abordados, luego eso ya quedó ahí, y derivo hoy día a focalizar el tema del apoyo emocional, esto gracias al diálogo y a la sistematización que se va haciendo en el proyecto, que va indicando temas… siempre a la par de los temas más contingentes, hoy día tenemos el tema de los antirretrovirales, antes era el de las dosis diarias… y eso consultado al ritmo de la situación nacional de los programas de los centros de atención" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA).

La experiencia resultante de la implementación del modelo asociativo en la Fase 1 lleva a una reflexión sobre los procesos de capacitación y formación de consejeros entre pares, en términos de los aspectos a fortalecer en su intervención directa, como es el caso de las habilidades para la consejería. Desde esta mirada, los procesos de formación deben abandonar todo rasgo de enciclopedismo y abocarse al trabajo de las habilidades propias del ejercicio de la consejería –escucha y habla pertinente-, posibilitando el rescate e intercambio de aprendizajes generados en los contextos locales.

"En el tema de formación, amerita una mirada respecto a cómo estamos formando, en relación a los consejeros... No hubo espacio, para desarrollar habilidades en el ámbito de la consejería…puedo ser un muy buen consejero en tener super internalizado los conceptos de la consejería, tratamiento, autocuidado, pero hay un trecho bastante amplio en relación a lo que yo sé y a cómo puedo traspasarlo" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

"Los procesos de formación deben ser procesos más dialécticos y no sólo consistir en un traspaso de información" (Coordinación Nacional, Proyecto VIVO POSITIVO)

"... se pueden desarrollar otras estrategias para la formación, cosas más focalizadas, más a nivel local." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

Los antecedentes secundarios disponibles evidencian la necesidad de construir puentes entre las instancias de capacitación y los procesos de acompañamiento, en la perspectiva de reforzar las dimensiones técnicas de la consejería.[110]

3.5. Acompañamiento y Monitoreo

En su diseño de funciones, el proyecto incorpora las dimensiones de monitoreo y acompañamiento. Entendemos el monitoreo como control de procesos (en la perspectiva de la retroalimentación) y el acompañamiento como modalidad de trabajo técnico-política con los equipos locales. *Técnica*, por cuanto se resuelven aspectos relacionados con la prestación de la consejería propiamente tal (temas emergentes, demandas, clima de trabajo de equipo) y/o

110 De hecho, sólo el 50% de los/las consejeros capacitados logró responder de modo satisfactorio el instrumentos de evaluación de conocimientos aplicado durante el primer taller de actualización. Asimismo, sólo aventajan en 3 puntos de conocimiento a las PVVIH que comenzaban a formarse en el segundo taller de Capacitación y Actualización de Consejeros/as (5.7 respecto de 5.4 en el instrumento de evolución diagnóstica).

sus consecuencias (prevención de *burn out*); *política*, en la medida que permite abordar la dimensión institucional y política de la relación entre los actores, promover el compromiso de las autoridades locales (salud y PVVIH) y reafirmar la presencia institucional de las entidades nacionales responsables del Proyecto ante los niveles locales. El proyecto incorpora dos nociones de acompañamiento: de los equipos asociativos por parte del nivel nacional (en su versión técnico-política), de los consejeros por parte del equipo de psicólogas dispuesto para realizar una labor de apoyo.

a) Acompañamiento psicológico

En su formulación, en Modelo Asociativo establece un compromiso de Apoyo Psicológico a los Equipos asociativos, el cual es definido como una estrategia de acompañamiento 'periódico' destinado a disminuir el impacto emocional y el agotamiento laboral asociado a la consejería; al mismo tiempo, está destinado a cubrir áreas temáticas relevantes para el apoyo a PVVIH y promover el trabajo en equipo. Los antecedentes disponibles sobre el Proyecto indican que el programa fue ejecutado en 14 de los 15 programas de consejería asociativa logrando un 90 % de sus objetivos propuestos en materia de contenidos y cobertura.

El Proyecto consideró la contratación de un conjunto de profesionales psicólogas que se responsabilizaron de la función de apoyo psicológico establecida por el Modelo a través del diseño e implementación de un programa de acompañamiento. Como señalan los antecedentes disponibles, el Programa abarcó 6 sesiones de acompañamiento psicológico de 3 horas cada una, en el que participan integrantes de los 15 equipos de salud y consejeros/as entre pares. Las profesionales consensuaron los contenidos de trabajo con los equipos locales, abarcando los temas de conocimiento y confianza grupal, autocuidado, sexualidad, reconocimiento y manejo de las emociones, estrés y agotamiento emocional y el duelo como proceso.

En términos generales, los equipos asociativos valoraron la realización de esta actividad, especialmente en materia de aporte a la profundización del trabajo asociativo, al punto de demandar el aumento en frecuencia de este tipo de acompañamiento. Cabe señalar que algunos de los/las consejeros/as entre pares interpretaron la función de asesoría psicológica como una asistencia terapéutica individual.

> *"Puede ser una demanda de los consejeros pares, porque sólo estaban dedicados a esto" (Profesional, Equipo de Apoyo Psicológico)*

b) Monitoreo y acompañamiento de Equipos Asociativos

Las tareas de acompañamiento y monitoreo de equipos asociativos se comparten entre el equipo nacional del Proyecto y la Coordinación Operativa. Tienen una modalidad presencial y a distancia que en el primer caso durante la fase I logró visitar a más del 90% de los equipos locales y en el segundo caso mantuvo contacto electrónico con la totalidad de ellos. Las rondas de monitoreo se realizaron en dos etapas: noviembre a enero y junio-julio de

2005, respectivamente. Como señalan los antecedentes disponibles, los contenidos tratados con los equipos fueron los siguientes:

- Socializar y profundizar las estrategias y conceptos del Modelo de Consejería Asociativa.
- Dar a conocer información sistematizada del primer período de ejecución del proyecto, correspondiente a 15 programas locales de consejería asociativa implementados durante el primer año del proyecto.
- Identificar el estado de avance de los programas locales.
- Identificar los elementos que facilitan y/o dificultan el proceso de implementación de los programas locales.
- Conocer el sistema local de derivación de los equipos de consejería asociativa.
- Identificar necesidades de recursos materiales.
- Conocer el manejo del registro implementado localmente.
- Fortalecer las gestiones para la obtención de espacio físico para el funcionamiento de la consejería entre pares.
- Potenciar el trabajo asociativo entre los equipos de salud y los consejeros entre pares(PVVIH)

En el caso del acompañamiento a equipos, durante la primera fase del Proyecto se experimentó un modelo integrado donde las personas que respondían a VIVO POSITIVO y CONASIDA coordinaban y acompañaban a los equipos de salud y PVVIH de modo indiferenciado. El rodaje del proyecto lleva a una especialización de funciones por la vía de un modelo segmentado, en la perspectiva de estabilizar los vínculos de trabajo entre el Equipo Operativo y las realidades locales.

> *"partimos con una forma de coordinarnos en que ambas hacíamos las mismas tareas, coordinar todo, o sea yo coordinaba equipos de salud, agrupaciones y la otra persona también entonces era algo como muy confuso de repente…nos fuimos dando cuenta que no era el mejor modelo porque la misma persona o sea, dos personas hacían las mismas tareas…no era muy productiva (Ent: De alguna forma una superposición de funciones) Claro, entonces se fue perfeccionando y llegamos a la conclusión de que si habían dos personas en la cual una representaba una parte del proyecto y la otra representaba la otra, lo más lógico era que las funciones se dividieran de esa forma, que la persona que representaba se hiciera cargo de la parte de los equipos y la otra se hiciera cargo de las agrupaciones…en ese momento logramos una mejor coordinación" (Coordinación Operativa, CONASIDA)*

Para este equipo, constituido por dos personas (y en ausencia de contrapartes regionales con algún rol similar de seguimiento y apoyo a la gestión), monitorear y acompañar la de los procesos de instalación e implementación simultánea de los diversos equipos locales constituye un gran desafío por la amplitud y complejidad de la tarea. De esta forma, se releva el rol fundamental de los instrumentos de apoyo y registro como fuente de información, que se complementan con visitas anuales de monitoreo, comunicación electrónica (teléfono, correo electrónico) y relación cara a cara durante los encuentros nacionales. Desde este punto de vista, se entiende la opción por formalizar procesos en la perspectiva de facilitar el acompañamiento de las iniciativas locales.

“yo estaba encargada de la coordinación entre los equipos de salud, no podía ser cara a cara pero por lo menos es la voz por el teléfono, o sea estar ahí llamarlos porque muchas veces son personas que están muy ocupadas y que no se van a dar el trabajo de llamarte a ti… Y todo un sistema de registros escrito, fichas y toda esa documentación que fue súper importante para poder coordinarnos, el crear esos materiales, fichas de registro, de consultas, que era lo que nos permitía tener un registro cuantitativo de lo que estaba pasando más allá del teléfono y todo lo que nosotros sabíamos por las personas que trabajaban en el proyecto” (Coordinación Operativa, CONASIDA)

"Es un monitoreo a la distancia. Yo como coordinación operativa veo todo lo que son documentos, prestar apoyo, y estar viendo si idealmente, en forma constante, estar llamando a los consejeros, saber si tiene alguna necesidad, saber qué cosas están pasando, en general es eso…es a la distancia… yo no los veo a ellos, no es un cara a cara. El único momento en que la coordinación central del proyecto se acerca es en el monitoreo en terreno, que es una vez en el año, (escaso para mi gusto)…las otras instancias son los encuentros, o en las capacitaciones, que igual es distinto porque los sacas de su espacio común" (Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO)

En este marco y considerando las limitantes para el seguimiento de las diversas actividades, destaca la capacidad de los integrantes del nivel operativo para derivar aprendizajes de los procesos de monitoreo, cuestión que permitió avanzar en materia de adecuación de instrumentos y diseños de gestión. En este punto de la operatoria se produce la retroalimentación del nivel nacional desde la experiencia acumulada por los equipos locales.

“en la marcha nos dimos cuenta de que ‘mira sabes qué, mejor así, asá’ y no es porque a nosotros se nos ocurriera sino que también fue inquietud y aporte de los programas, de las mismas personas en los monitoreos, en los procesos de monitoreo fue toda información que se iba recogiendo y fue como lo más importante de la fase uno, recoger todas estas percepciones de información que se rescataron de los procesos de monitoreo y perfeccionarnos” (Coordinación Operativa, CONASIDA)

Es posible identificar un nudo operativo que tiene consecuencias técnico-políticas. Nos referimos a las dificultades de la implementación del proyecto para definir un rol relevante de las agrupaciones locales en la gestión del mismo. Esta problemática atraviesa la fase I del Proyecto y se traduce tanto en cuestiones operativas como en falta de claridad respecto de su rol.

“el rol de las agrupaciones durante la fase uno, fue lento y fue poco…ha sido un proceso tratar de integrarlos y hacerlos participar más…cosas tan simples como sacar factura para pagarle a los consejeros…muchas veces no se logró” (Coordinación Operativa, CONASIDA)

Los representantes de las agrupaciones locales están conscientes de este punto, en especial cuando los roles directivos coinciden con los de consejería. Es posible que a propósito de los comentarios sobre el sistema de monitoreo y acompañamiento del equipo nacional, los integrantes de las agrupaciones locales connoten las consecuencias problemáticas de la falta de perfil de las agrupaciones en la gestión del Modelo. De esta forma, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de monitoreo y acompañamiento (detallados en el acápite sobre ancedentes), una de las críticas reiteradas de los/las presidentes/as de agrupaciones se relaciona con la percepción de que el sistema de acompañamiento resulta insuficiente. Es posible que esta percepción sea el reflejo de que el monitoreo presencial realizado por el equipo

nacional del proyecto se realizó fundamentalmente en el último semestre de la fase I del proyecto.

> *"…de repente uno se siente como que está solo, que no tiene el apoyo de la gente, ya sea, ponte tu del tiempo que yo llevo allá ha habido una sola vez que han ido de CONASIDA el Vivo Positivo y hemos tenido una reunión con el equipo médico…te sientes como luchando de la mejor manera por llevar la cuestión adelante y estar bien con todo el mundo." (Presidentes de Agrupaciones PVVIH)*

Esta dimensión problemática ha llegado a politizarse, llegando a ser interpretada por algunos actores como un signo de debilidad en el compromiso de los gestores nacionales con las realidades locales. Así, el reforzamiento de los mecanismos de acompañamiento es un requerimiento que ha llegado a desbordar su dimensión técnica (seguimiento de procesos) y pasa a constituir un requisito para seguir comprendiendo los programas locales como parte de una estrategia integrada de implementación.

Por último, cabe analizar el rol del Receptor Principal del Proyecto Fondo Global en materia de acompañamiento y monitoreo. La entidad referida es responsable de las tareas de monitoreo de indicadores de cobertura, las cuales realiza con una periodicidad semestral a partir de los informes enviados por la contraparte del proyecto, en este caso (para la fase I), CONASIDA. Cabe señalar que no obstante en la planilla de ejecución presupuestaria hay constancia que durante el último mes de ejecución de la Fase I se asignaron recursos al RP a efectos de realizar un monitoreo de todos los proyectos de la entidad responsable CONASIDA, la encargada programática del RP indica que por decisión de los actores responsables a nivel nacional del proyecto asociativo el Receptor Principal no participa de la instancia técnica del Proyecto y que éste ha mantenido los procedimientos habituales de monitoreo del Proyecto Fondo Global (a distancia, ex post, mediatizado por informe de la contraparte).

> *"En este proyecto se resolvió el tema (del monitoreo y acompañamiento) con una mesa técnica nacional compuesta por 4 personas, encargada de hacer el acompañamiento y a la vez el monitoreo de este proyecto (Ent: ¿entre esas 4 personas que son representantes de instituciones el RP está?) No, eso es importante…en esa instancia no participamos entonces no tenemos mucho qué decir… ahora, lo que el RP debiera haber hecho o cuál es nuestro rol, el monitoreo y la evaluación de este proyecto, se ha configurado en el proyecto a lo largo de esta primera fase siempre como un trabajo con los encargados de componente y a lo más con los encargados de proyecto, nosotros no tenemos relación con ejecutores de regiones, ni con personal de salud ni con gente de las agrupaciones. Y entonces nuestro monitoreo es ex post, las cosas ocurren y nosotros nos enteramos después de que ocurren cómo fue que ocurrieron y cuáles fueron sus resultados y en ese sentido, lo que nosotros miramos es cobertura, cumplimiento de resultados y logro de cobertura y te decía que el tema de calidad es un desafío…Ahora, nosotros al no participar en estas mesas técnicas, es difícil que podamos decir alguna cosa… lo que hacemos es el informe de monitoreo semestral, decirle a las contrapartes aquello que nosotros podemos ver…" (Encargada Programática, Receptor Principal)*

De acuerdo a la información señalada, los recursos entregados al finalizar la primera fase estaban destinados a la implementación del monitoreo durante la segunda fase. Por lo tanto, los recursos asignados no alcanzan a tener

inciencia sobre el logro de objetivos programáticos comprometidos durante la fase I.

> *"No, esa es una plata, son once millones de pesos que tuvieron que ver básicamente con dos cosas. Primero con que en la Fase I el RP no tuvo dinero para monitorear pero más importante fue que había que lograr niveles de ejecución presupuestaria importantes porque estábamos en una duda de cómo venía la fase II, Entonces, el Receptor Principal que sí había dejado en su presupuesto dinero para monitoreo, cedió ese dinero para el proyecto transversal, que es otra iniciativa del Proyecto Respuesta y entonces se nos entregaron estas platas como en el fondo un canje, ahora, eso es para el trabajo de segunda fase" (Encargada Programática, Receptor Principal)*

3.6 Procesos administrativos

Uno de los nudos señalados por los actores locales se relaciona con la demora en algunos procesos de entrega de recursos y materiales. De hecho, la complejidad del Proyecto de Consejería Asociativa se manifiesta en toda su dimensión a la hora de poner en marcha sus procedimientos administrativos de traspaso de recursos. La amplia gama de actores presentes (CONASIDA, VIVO POSITIVO, Agrupaciones, Receptor Principal, Servicios de Salud) y de niveles que operan al calor del proyecto (nacional, local), imprime una densidad a las diversas acciones de compra y traspaso.

En esta materia, lo relevante es constatar el método para operativizar los recursos: simplificando al máximo, se trata de una modalidad de "controles cruzados", propia de un marco de actuación entre dos entidades y niveles local y nacional que requieren construir confianza sobre la base de chequear mutuamente todas las cuestiones relacionadas con pagos del proyecto. Dentro del modelo planteado y por opción de las contrapartes, el Receptor Principal del Fondo Global cumple funciones logísticas en materia de compras y pagos, lo que añade un paso más a la revisión y aprobación de una decisión financiera (estas materias son desarrolladas en el análisis del desempeño económico del Proyecto).

De esta forma, el sistema, diseñado para resolver secuencialmente los problemas o requerimientos administrativos, se satura cuando convergen las demandas simultáneas de los quince centros habilitados, tornando más lento el funcionamiento.

> *"(a mi juicio las cosas estuvieron) …bien dentro de lo que se pudo, del caos que podría generar el tener 15 programas operando al mismo tiempo, tener claridad de que hay que pagarle a tantas personas, repartir materiales a tantas personas, mucho tenía que ver en la coordinación que teníamos con el Receptor Principal, porque dentro de ese tema administrativo y de asignación de recursos no era algo que hiciéramos directamente…tuvimos problemas… por ejemplo, los programas presentaban semestralmente una matriz de costo en la que pedían cierta cantidad de materiales con un monto previamente asignado y nosotros teníamos que hacer esta solicitud al RP, el RP comprar y despachar, en ese proceso Uff sucedían mil cosas, muchas veces todos los procesos administrativos se complicaban por eso, el tema de los pagos, recepción y envío de material, todo era mediado por el RP y muchas veces eso generaba conflicto…o porque la persona decía que lo mandó y realmente no lo había mandado, porque el RP se demoraba en enviártelo a ti, y entonces te reclamaban a ti porque no habías pagado y tú no podías pagar si la información no te llegaba…los conductos a*

seguir eran bastante complicados muchas veces porque no habían otras formas de hacerlo" (Coordinación Operativa, CONASIDA)

Por su parte, desde el Receptor Principal se define su rol como de apoyo logístico. Existe una autocrítica en materia de operación administrativa, que reconoce el potencial de copamiento de las capacidades humanas destinadas al apoyo logístico cuando confluyen simultáneamente todas las demandas de los programas locales.

"bastante menor…y tiene que ver con que en este proyecto básicamente por una cosa administrativa, el RP básicamente lo que hace es enviarle información a los consejeros, hacerle los pagos, el rol del RP ha sido en lo que ha podido hacerse y dentro de eso yo creo que ha sido más o menos bueno, no es fácil que en una determinada fecha del mes te empiecen a llegar una serie de papeles que respaldan la consejería de una determinada persona, se te junte todo eso y tengas que llevarlo a pago en 2 o 3 días…el RP no ha podido hacer una pega que es monitorear más claramente si un consejero ha hecho todas las consejerías que dice (Ent: además hay otro tema que es con qué calidad las hizo…) Exacto…el tema de la calidad me parece súper importante" (Encargada Programática, Receptor Principal)

Junto al copamiento de las capacidades humanas por sobre carga de demanda, se plantean elementos localizados en el nivel local que permiten comprender algunos de los retrasos en la resolución de los desafíos administrativos del Proyecto. Lo que está a la base es la demanda de descentralizar los procesos de ejecución financiera del Proyecto.

(Ent: hace poco se realizó un taller nacional y una de las cosas que emergió fue el tema de la oportunidad de la llegada de los recursos a las regiones… ¿qué cuellos de botella se producen ahí?) Mira, hay por lo menos uno…lo que nosotros enviamos más que fondos son insumos…el máximo cuello de botella es que cuando te dicen 'mándele a los servicios de consejería asociativa tales cosas…' es una cantidad importante y son varios centros, entonces ahí se te produce que se te acumula mucha pega pa'un solo encargado de componente, entonces ahí se produce un retraso…lo otro es que enviábamos las cosas y las rechazaban, porte tú que las tazas tenían que ser negras, o que la persona que nos habían dado de contacto no se encontraba ese día…y lo de los pagos a consejeros puede ser lo mismo, debido a que una sola persona se hace cargo de mirar el proceso, de decirle a finanzas 'curse estos pagos' como es todos juntos podría producirse algún retraso…Yo creo que se ha ido aprendiendo. Ahora, si tú me preguntas cuál sería el mejor modelo, yo creo que RP debería derivar dinero…

H: descentralizar…

P: Exacto. (Encargada Programática, Receptor Principal)

El conjunto de nudos planteados incide sobre la marcha de procesos determinantes como la política de recursos humanos del Proyecto. A modo de ejemplo, se describe a continuación la modalidad de operatoria para el pago a los consejeros.

"…se mandaba a retirar el material al hospital, por ejemplo, las informaciones mensuales, esa información llegaba al RP, el RP fotocopiaba para Vivo Positivo, para Conasida, teníamos que haber recibido los dos el mismo material, revisarlo, llegar a un acuerdo entre las dos partes, para dar aviso al RP de que pagara y ahí el RP pagaba, depositaba y nos avisaba para nosotros avisarle al consejero que ya se había pagado, entonces muchas veces los procesos administrativos fueron bien complejos, o tal vez no tanto pero requerían mucho estar pendiente de lo que pasaba, y no era una

persona, estamos hablando de cuánto, veintitantas personas, quince programas al mismo tiempo que tú tenías que saber, llegó la información, no ha llegado, pasó tal y tal, a tal persona se le ha pagado, no se le ha pagado pero el pago está autorizado, bla, bla, bla, entonces requería manejar mucha información al mismo tiempo, si yo muchas veces le decía a los coordinadores nacionales que esto era como estos show de los circos en que la persona da vuelta una varilla con un platito pero tiene que hacer girar diez platitos al mismo tiempo, que no se quiebre ninguno, que esa era la idea que yo tenía de mi trabajo" (Coordinación Operativa, CONASIDA)

Al igual como ocurre a propósito del monitoreo, la reiteración de los retrasos en la resolución de las cuestiones administrativas mina la confianza en los procesos internos del proyecto y genera una percepción de dilación que termina siendo atribuida al descompromiso político de los actores nacionales del proyecto.

IV.- Aprendizajes y Proyecciones

4.0 Significado de la experiencia

Para los actores del nivel nacional existen diferentes modos de evaluar el significado de la experiencia de asociatividad en torno a la promoción del Proyecto de consejería. En primer lugar, se valora la iniciativa como una oportunidad de fortalecimiento de relaciones institucionales y personales tanto en el nivel central como en los equipos locales. Al igual que en el caso de los programas de trabajo asociativo preexistentes, el componente de aporte radica en el potenciamiento de las líneas asociativas previas, que a partir del proyecto adquieren un nivel superior de legitimación en tanto política pública. Al mismo tiempo, la implementación de la experiencia permitió remover las barreras al trabajo asociativo existentes al interior del propio VIVO POSITIVO. La participación aparece como un medio y un fin del trabajo en salud y una apuesta en términos del rol que la participación puede jugar en la resolución de diversos problemas de salud.

" la consejería fortaleció muchísimo más el trabajo que ya se venía realizando, entre el personal de salud y las organizaciones. También lo miro en relación a nosotros como red y la CONASIDA. Creo que de alguna forma reforzó aquellas experiencias que se estaban llevando a cabo. El tema de la consejería lleva muchísimo tiempo en la CONASIDA a través de un pequeño programa que se desarrolló hace varios años atrás, y creo que como logro fortaleció aquellas experiencias. Yo creo que también permitió en zonas mirar con mejores ojos de alguna forma la estrategia misma. Creo que nos sensibilizó no sólo al personal de salud, sino que también a las organizaciones de personas viviendo con VIH... Yo lo veo como modelo no solamente en relación a una respuesta para una enfermedad determinada, sino una respuesta para promover la participación." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

"esta estrategia es una apuesta política nuestra, está haciendo un camino no visto en salud, es una estrategia innovadora que puede ser exportable a otras áreas de trabajo en salud y no sólo a nivel nacional sino internacional. Y la queremos potenciar a lo largo del tiempo" (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)

Una segunda perspectiva enfatiza la dimensión política del proyecto y al mismo tiempo que valora lo avanzado, le exige en torno a una agenda renovada de temas, a la luz de los nuevos desafíos y contextos de la política pública. En el

caso de VIVO POSITIVO, desde la lógica del diseño estratégico la tríada de la política pública –donde ya existe la ley y la cobertura universal- se completaría con un modelo potente de ejercicio de la consejería. Esta visión enfatiza dos componentes centrales: la mirada de promoción de derechos y el enfoque comunitario. De conjunto, ambas constituyen el 'sello' de lo que podría ser la inserción de VIVO POSITIVO en este Proyecto. Esta mirada tiende a poner el acento en el logro de objetivos político-técnicos.

> *"Nosotros pensamos siempre que el tema de la consejería tiene que ser nuestro caballito de batalla, pensando en que ya tenemos dos ámbitos cubiertos que tienen que ver con la ley, con el acceso a tratamiento. Ahora cómo usamos el ámbito de la consejería asociativa, no solamente para los temas de adherencia, los temas de autocuidado, si no que también como lo usamos para otras temáticas que para nosotros son super fundamentales, que tiene que ver con la promoción de la ley de SIDA, la detección de casos de discriminación, el tema de la participación social, más comunitaria." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

En el caso de la entidad CONASIDA, el potencial de desarrollo del proyecto debe medirse por dos factores fundamentales que se encuentran en operación como contexto: de un lado, el rol dinamizador de las agrupaciones en su alianza con el sector salud; del otro, el marco general de la reforma de salud, que pone los temas de participación de los usuarios al centro de su esquema estratégico.

> *"…es muy dificultoso romper ese esquema para tratar de instalar no sólo al consejero en el ámbito clínico o en el espacio físico que está habilitado para la atención clínica, …sino que como tú bien dices, en tratar de instalar un trabajo asociativo. Creo que el desarrollo de las organizaciones de personas que viven con VIH ha permitido que sea eso posible…pero también creo que es mucho más posible de lo que fue antes porque precisamente la Reforma y la ley de autoridad sanitaria que estamos viviendo concibe al usuario como actor central de su asistencia, por lo tanto este es el momento en que hay que tomar la oportunidad que se nos da, porque hay una ley que nos favorece…de hacer este proceso. Siento que en la medida que ha ido transcurriendo la implementación de esta estrategia hemos ido saltando las dificultades" (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)*

4.1. Ampliando el enfoque hacia lo psicosocial

La introducción de la terapia antiretroviral y el logro del acceso universal a los tratamientos marcan un antes y un después que define las condiciones de posibilidad para un proyecto como el de consejería asociativa. De hecho, si en el esquema antiguo estaba en juego la cuestión de la vida de las PVVIH, en la actualidad las temáticas enfatizan de modo creciente la importancia del mejoramiento en la calidad de vida de las personas. La agenda del Proyecto empalma con las temáticas emergentes en materia de tratamiento y adherencia propios de la era de los TARV.

Desde esta perspectiva, un elemento estratégico está dado por el saber propio de la consejería: un capital constituido por una experiencia de vida en torno al consumo de TARV. Coincidente con lo señalado en los estudios de caso locales, uno de los aportes principales del consejero es facilitar al usuario el tránsito desde una representación de la enfermedad como VIH/SIDA = Muerte,

hasta un esquema donde la condición deviene una enfermedad crónica asimilable a la diabetes o la hipertensión: la vida continúa.

> *"Lo que se ha logrado es validar a personas que son usuarios del servicio de salud, en tanto que tienen una competencia, y esta competencia les permite ser un actor importante para poder dar vuelta la mirada que se le tenía a esta enfermedad, a este virus, que causaba la muerte, y que hoy en día es una mirada crónica, y por lo tanto, el consejero es el que puede dar cuenta a la persona que está siendo recién notificada que es Positivo." (Coordinadores Operativos VIVO POSITIVO)*

> *"… pasa a ser una enfermedad crónica más en la cual lo psicosocial- psicosomático tiende a ser invisibilizado." (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

Para los actores vinculados a CONASIDA, el nuevo escenario favorece una permeabilidad mayor frente a un enfoque psicosocial para el trabajo en VIH/SIDA. La agenda emergente tiene que ver con temáticas como la no discriminación, la integración de las personas que viven con VIH, la parentalidad, el trabajo. El creciente énfasis en torno a estas cuestiones viene a presionar una cultura institucional de salud donde permanece el esquema clásico de la asistencialidad y la pasividad del 'paciente'.

> *"Yo diría que esa mirada no está terminada, es un proceso, donde los equipos de atención, en general, se han conducido a través del enfoque asistencial médico, se empiezan a abrir la mirada a las temáticas psicosociales de las PVVIH y que se atienden en los equipos…" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

Junto al cambio de esquema en los tratamientos, se impone un concepto de adherencia que releva la importancia de los soportes psicosociales relevantes para los temas "medicamentales". Así, las temáticas de adherencia se definen al revés: el mejor tratamiento será aquel que el usuario esté dispuesto a tomar.

> *"…hay un tema relevante ahí, el tema de la adherencia, del autocuidado, y por lo tanto tener tratamientos lo más óptimos posibles, que impliquen estos aspectos "(Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

La relevancia de la adherencia con toda su puesta en escena de lo subjetivo implícito en los procesos de enfermedad y cuidado, surge como uno de los elementos que los integrantes de los equipos señalan como necesarios de relevar. La diferencia entre tomar o no el medicamento, proceso subjetivo, íntimo, cultural, psicosocial, resulta fundamental pues implica la calidad de vida y la progresión de vida. Si antes el quid era la disponibilidad del tratamiento, ahora éste debe aprender a adaptarse al usuario, que debe introducir los cambios comportamentales necesarios para poder tomarlo regularmente.

4.2. La experiencia asociativa en la perspectiva de construir política pública: énfasis en las articulaciones verticales y horizontales a nivel nacional y local

Desde la voluntad que tiene Vivo Positivo por que esta propuesta se instale como política pública en la atención de PVVIH (y también respecto de personas viviendo con otras patologías), se destacan la necesidad de que un nuevo impulso del Proyecto desarrolle compromisos y articulaciones políticas a nivel de autoridades institucionales, que permitan fortalecer el rol del consejero entre pares en articulación con las agrupaciones. Se trata de superar la actual

situación, donde la implementación del Modelo se basa fundamentalmente en la capacidad de acuerdo y trabajo conjunto de los equipos a nivel local.

> *"No hay una relación entre los servicios de salud y los presidentes de agrupaciones, sino entre los consejeros y la persona a cargo en salud, esto deriva en el último eslabón de una estructura jerárquica. Este proyecto se instala "en la trinchera", ahí donde finalmente se atiende a los usuarios y no en las relaciones institucionales, pero eso no contribuye a su continuidad que pretende instalarse como política pública, al menos es la voluntad de Vivo Positivo. Confío en CONASIDA en este sentido, en sus esfuerzos. En todo caso, Vivo Positivo no ha tenido un involucramiento institucional sino desde los encargados técnicos en su trabajo cotidiano, no habiendo un diálogo entre Vivo Positivo como institución con la coordinación ejecutiva de CONASIDA y con el MINSAL." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)*

> *(Respecto del rol jugado por los presidentes de agrupaciones) Tengo la opinión que nunca estuvo muy bien dibujado. No implica que no haya trazos y líneas, que significan el llamado al presidente de la agrupación para validar al consejero por un lado y el llamado al presidente para otro momento que es firmar convenios donde se comprometen a hacer el pago de las consejerías, son el vehículo del aporte económico, donde los presidentes de agrupación son convocados para las actividades de monitoreo del proyecto en terreno, y esos fueron los bosquejos que se le arman, ahora, en cuanto a la implicancia del presidente de la agrupación en cuanto al diseño del programa, conocer su funcionamiento, yo tengo la impresión de que eso no está muy bien dibujado, que el consejero vaya donde el presidente de la agrupación y le diga "miramos tenemos estas estrategias", hasta, por ejemplo, cuando de nuevo se genera otro convenio, de fortalecimiento de las agrupaciones, para el apoyo a los programas de consejería asociativa, hay también ahí unos lineamientos que los implicaba en apoyar acciones concretas que tenían que realizar… hasta la fecha no están entregados todos los informes …ahora, de una mayor definición de cuál es la participación concreta de los presidentes en relación al consejero para que sea cada vez más fortalecida su acción con el equipo de salud y ellos mismos como entidad preocupada de tener reuniones con el equipo de salud de repente para ver cómo está trabajando el equipo, y él, en su rol decirle al encargado del equipo de atención, tener una reunión en conjunto, hacer un análisis conjunto, no está, no veo esa figura" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

Desde una mirada mayor, en VIVO POSITIVO existe la percepción que las bases institucionales para la sostenibilidad del Modelo sólo estarán disponibles cuando éste pase a formar parte del Modelo de Atención Integral y, de ese modo, pase a formar parte de la estrategia nacional de la política pública. Si bien existen miradas diferentes sobre los ritmos que debiera tener este proceso de institucionalización, en CONASIDA se comparte la mirada sobre el significado estratégico de la consejería como política 'exportable' de participación en salud.

> *"se presentó una gran apuesta para los dos actores, que tiene que ver con el sentido de dar respuesta de forma más integral, y jugándola nosotros principalmente, en el sentido que puede ser una apuesta que no solamente nos beneficie a nosotros, sino que también pueda entregar elementos para mejorar políticas de salud, y no solamente en el ámbito del SIDA, sino que en el ámbito de otras patologías…desde ahí se mira como una gran oportunidad que las personas con VIH que históricamente se han capacitado, se han profesionalizado puedan ser considerados como agentes de cambio, agentes que contribuyen al tema de la salud, al tema del autocuidado, y yo creo que esa mirada también es compartida por personal de Salud" (Coordinación Nacional Entidad Responsable, VIVO POSITIVO)*

> *"esta estrategia es una apuesta política nuestra, está haciendo un camino no visto en salud, es una estrategia innovadora que puede ser exportable a otras áreas de trabajo*

en salud y no sólo a nivel nacional sino internacional. Y la queremos potenciar a lo largo del tiempo…" (Coordinación Ejecutiva, CONASIDA)

Desde una mirada con acento en la construcción de política pública, VIVO POSITIVO plantea la necesidad de asegurar condiciones de base institucional que resguarden la continuidad, colaboración y articulación asociativa, y al interior de los servicios de salud por un lado y de las agrupaciones por otro. Esas condiciones pasan por crear instancias que fortalezcan los compromisos asociativos desde las autoridades ministeriales e institucionales.

"La CONASIDA entrega orientaciones técnicas que pueden ser o no tomadas en cuenta por los servicios de salud, no deben acatar sino que ellos consideran lo que les parece o no. Es distinto si se dan directrices desde MINSAL. Si Vivo Positivo pretende que esto se transforme en política pública y no se dan estas conversaciones, estamos mal" (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)

Frente a esta demanda que releva el rol de los canales institucionales en la instalación del proyecto, los representantes de CONASIDA ponen el acento en el logro programático como estrategia adecuada para insertar el modelo en los recintos hospitalarios. Bajo esta mirada, sin exclusión de la relevancia del lobby político y la voluntad de las autoridades en la validación de la estrategia, la viabilidad del proyecto se juega en la percepción de aporte por parte de los actores locales.

"es un proceso dificultoso, que es un proceso que tiene avances y retrocesos…hay que vencer mucha resistencia para lograr aquello, esa resistencia está dada fundamentalmente por el sector, por el sistema, por la estructura del sistema…por lo tanto aquí había que dar… había que hacer un camino muy cauteloso y muy cuidadoso para salvar estas dificultades que están dadas porque la cultura de salud es una cultura tan especial en donde los prestadores de salud tradicionales somos los que en el fondo hemos sido formados para entregar estas prestaciones, este apoyo y este acompañamiento a las personas …es muy dificultoso romper ese esquema para tratar de instalar no sólo al consejero en el ámbito clínico o en el espacio físico que está habilitado para la atención clínica, …sino que como tú bien dices, en tratar de instalar un trabajo asociativo (Coordinación Ejecutiva, CONASIDA)

Uno de los puntos desprendidos por VIVO POSITIVO de su participación en la Fase 1, refiere a la necesidad de fortalecer las articulaciones internas, tanto desde lo nacional a lo local como entre consejeros y agrupaciones locales. En el primer caso, se plantea la necesidad de fortalecer mecanismos de descentralización de la gestión de la red nacional y al mismo tiempo la optimización de las capacidades locales para gestionar un proyecto complejo como el de Consejería Asociativa.

"A nivel nacional se han presentado una serie de dificultades entre los equipos locales y el equipo más nacional, siento que ahí hay deficiencias en relación a la entrega de la información y a la bajada de la información. La información no es oportuna, la información a veces no llega, a veces es media difusa, y también hay información que se cruza, que es paralela." (Coordinación Nacional Entidad Responsable, VIVO POSITIVO)

En el segundo caso, se formula una autocrítica por el desfase de información y las dinámicas de conflicto que marcan la relación entre algunos consejeros y las agrupaciones que los respaldan, atribuible a un déficit de presencia

institucional del vértice de VIVO POSITIVO en el respaldo y difusión del Modelo. Existe conciencia compartida sobre el impacto negativo del distanciamiento del consejero respecto de la organización, que redunda en un despotenciamiento de la organización comunitaria y en la calidad de la prestación de la consejería.

> *"No se dio un diálogo oportuno entre las agrupaciones y los consejeros sobre el sentido del proyecto, esto es una crítica también a Vivo Positivo, los presidentes no estaban al tanto de este proyecto." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)*

> *"esperábamos que la agrupación se hiciera más parte de la consejería asociativa, no el consejero de pares como persona en particular, este consejero respondía a una agrupación y no directamente de Vivo Positivo…, Vivo Positivo coordinaba a las agrupaciones y no a los consejeros entre pares y en ese sentido el rol de las agrupaciones fue muy débil … costó harto hacerlos participar … pedirles que fueran a una reunión, lograr hablar con el presidente porque la coordinación ahí tenías que hablar con el presidente de la agrupación por ejemplo y esta persona era la encargada de comunicarse con el consejero y traspasarle la información al consejero y eso no pasaba, entonces muchas veces la comunicación fue directa con el consejero y las agrupaciones empezaban a quedar fuera, al final la consejería asociativa era consejeros entre pares y equipo de salud" (Coordinación Operativa del Proyecto CONASIDA)*

En muchos casos, estos nudos de la gestión se originan en la propia cultura institucional que crea los liderazgos internos de la organización. Asimismo, en un contexto de escasa inducción institucional para dotar a los presidentes y las agrupaciones de un rol protagónico en la gestión del Proyecto, la constitución de los equipos asociativos en los niveles central y local generó dinámicas paralelas que terminan privilegiando la interlocución intraproyecto (equipo central-equipo local de consejería). Resolver un rol específico que integre constructivamente a las organizaciones en la gestión del Modelo constituye una de las tareas principales a emprender en materia de rediseño.

> *"En los primeros años cuando el Fondo Global impacta a VIVO POSITIVO, esta red demora en reaccionar a los desafíos que esto implica, y la responsabilidad radicó en el nivel central, donde había un coordinador de Vivo Positivo que tenía además un carácter paternalista en cómo llevar a cabo estos proyectos. Esto llevó a que las agrupaciones no se hicieran cargo de este proyecto y más bien se sentían invitados desde el nivel central. Finalmente, desde las agrupaciones se vincularon con nosotros los consejeros y no los presidentes. En ocasiones los presidentes se enteraron hasta un año después de comenzado: por esta falta de contacto en las organizaciones y por la rotación de presidentes, no se establece un traspaso o entrega de información sobre esto." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)*

Cabe señalar que la preocupación por estas materias no escapa al espíritu asociativo del Proyecto, pasando a constituir un campo a resolver por parte de ambas entidades. Así, el trabajo asociativo a nivel nacional tiene distintos modos de romper el esquema segmentado de gestión político-técnica.

> *"(Esa mirada), fría de "tú te haces cargo de tu gente, yo me hago cargo de la mía" y por lo tanto tú verás cómo te responsabilizas con el presidente de la agrupación o el consejero, y nos separamos y los efectos que tenga'…No, no es tan así porque estamos los dos preocupados, y el tema se conversa, sabemos que hay consejeros que se están retirando, nosotros en nuestras reuniones "oye cuáles son los motivos, cuáles son las fracturas que hay", y en ese sentido con (el coordinador de VIVO POSITIVO) hablamos del cuento" (Coordinación Nacional del Proyecto, CONASIDA)*

Desde VIVO POSITIVO, existe conciencia que la incorporación de los lineamientos del Proyecto a los compromisos de gestión de los equipos locales de salud pasa por cambiar el estatus de la prestación de consejería en la política pública. Trabajar en el Proyecto no debiera ser 'tiempo ajeno' a la jornada habitual de trabajo. Se plantea que una estrategia de institucionalización debiera hacerse cargo de este punto desde la perspectiva de la sostenibilidad.

> *"A nivel local si quisiéramos instalar esto como una práctica que demanda tiempo al equipo de salud, debiera implicar un aumento de remuneración para su compromiso formal, implica un reordenamiento de finanzas a nivel de servicios de salud porque son independientes. Los directores deciden en qué gastar sus platas, pero si no les parece financiar este proyecto simplemente no va. Pasa incluso por el Ministerio de Hacienda también, es a nivel estatal esta decisión de poder solicitar entonces la participación formal de los equipos de salud." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)*

La constitución de un espacio asociativo mixto entre dos entidades implica que en ocasiones, al interior de una misma organización existan interpretaciones diversas respecto de la traducción concreta de los lineamientos sobre el Proyecto. En este caso, se expresa a propósito de los procesos de selección de consejeros entre pares, tanto en lo referente al rol de VIVO POSITIVO como de los equipos locales de salud. En el primer caso, sobre la base de una lógica de excelencia, se plantea la necesidad de inducir la participación de ciertas personas con un perfil pertinente para las competencias del cargo. En el segundo, se manifiesta como una disposición positiva a la participación de los equipos de salud en la selección local de los consejeros. Lo que está a la base de estos matices es una discusión más profunda sobre el carácter o 'rol' del consejero entre pares: ¿representante de la entidad ante el equipo de salud o responsable técnico de una prestación específica? La primera definición de rol empalma con una agenda más política (donde el rol del consejero confunde sus límites con los del intermediador ciudadano); en el segundo caso, se restringe a una perspectiva más técnica, neutra.

> *"Creo que a futuro debiéramos ser más directivos e invitar a determinadas personas al proceso de selección, con criterios más rigurosos para seleccionar a los consejeros... Creo pertinente la participación del equipo de salud en la selección también, mi opinión es que eso sí debe ser aunque Vivo Positivo no opina eso. Que el equipo de salud pueda decir algo en relación a la persona que postula en cuanto a su compromiso inicial como usuario, de modo de resguardar una coherencia y pertinencia de las personas seleccionadas. Creo que es necesario validar a los equipos de salud desde lo técnico en esto." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)*

De cara a un rediseño del modelo de gestión, desde la coordinación del proyecto en VIVO POSITIVO se sostiene que en la articulación desde el nivel central al local, los canales propios del Proyecto asociativo (consejeros-equipo nacional) debieran estar supeditados a la relación institucional con el presidente de la agrupación; en la misma perspectiva, se plantea fortalecer los mecanismos locales de resolución de controversias, evitando el recurso habitual: abrir canales formales e informales a nivel nacional. El objetivo de fondo es devolver el proyecto a la columna vertebral de la red: los presidentes y las agrupaciones: un movimiento de *reapropiación institucional.*

"... los contactos y canales debieran ser directamente con los presidentes de agrupaciones y no saltárselos para contactar al consejero. Igualmente, que los conflictos se resuelvan a nivel local desde una mayor autonomía. Esto debiera incidir en una mayor apropiación del proyecto a nivel de presidentes... Poder descentralizar la responsabilidad del proyecto, más compromiso de las coordinaciones ejecutivas y a nivel de directorio en el Vivo Positivo, y también a nivel de las personas de las agrupaciones en tanto usuarios" (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)

El monitoreo entra desde esta lógica también a ser revisado de modo que se transforme en un sistema efectivo de acompañamiento que permita fortalecer la asociatividad y conocer de cerca la labor de consejería a partir de la opinión de sus actores, para así brindar los insumos materiales y de formación necesarios para una efectividad y calidad permanente del servicio. De este modo, el componente burocrático-administrativo, fuerte carga del monitoreo de la primera fase, debería ser reemplazado por una mirada con mayor acento en el acompañamiento político-técnico: *presencia, apoyo institucional, potenciamiento de capacidades de equipos locales.* Superado el tiempo de la instalación, viene la etapa de la preocupación preponderante por las competencias y el análisis de la práctica.

"lo que hay que desarrollar son acciones y optimizar coordinación para el tema del monitoreo y acompañamiento local a los programas, es como un "siempre coca-cola", estar siempre presente, no dejar tan abierta la cosa, "presentó el programa, listo muchas gracias", tenemos el registro mensual y un acompañamiento, pero tal vez requiere como "a ver ya, pero qué se está coordinando, cuáles son los temas", como una mirada más de reforza rlas estrategias, capacitaciones locales, por ejemplo…" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)

"Creo necesario enriquecer los monitoreos y que sean acompañamientos, que cuente con apoyo institucional con más personas de Vivo Positivo, y poder estar más in situ en reuniones formales, poder estar en los servicios para ver funcionamiento. Que pueda ser un espacio apropiado para apoyar el tema de las habilidades y poder tener entrevistas con los usuarios. Que en las reuniones de monitoreo se diferencie lo técnico de lo político." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)

Los aspectos administrativos entran en cuestión para una mayor eficiencia y fluidez en la entrega oportuna de recursos e insumos. Con todo, la responsabilidad sobre el ritmo de los procesos administrativos tiende a repartirse entre el conjunto de actores y niveles que comparten la relación ejecutiva. Se requiere una mirada rigurosa sobre el diseño de procesos, componente que adquiere alta complejidad en el contexto de un proyecto asociativo que involucra varios tipos de actores y niveles en un mismo proceso de gestión. El asunto es al revés: el andamiaje institucional debe ponerse al servicio del principal eslabón de la cadena: el consejero.

"... El simple hecho de que el consejero no recibiera su pago oportuno, que no llegue a tiempo, genera ruido. Creo que hay una burocracia enorme a nivel de Vivo-CONASIDA- RP, al momento de la toma de decisiones... Toda esta burocracia que yo te decía creo que hay que mirarla, hay que hacerla más fácil, más fácil pensando en especial en los consejeros" (Coordinación Nacional Entidad Responsable, VIVO POSITIVO)

Un tema decisivo en la continuidad de la Consejería Asociativa es qué pasará con las instancias que posibiliten su futuro financiamiento, considerando la autonomía en las decisiones que toman los servicios de salud y la inminente

falta de financiamiento para los consejeros entre pares. Esto, junto con abrir la interrogante de la real posibilidad, en este escenario, de la asociatividad. De fondo, la pregunta por la voluntariedad del trabajo del/la consejero/a repone los principios fundamentales que fundan la apuesta del trabajo asociativo y las distintas visiones sobre su sostenibilidad y aprovechamiento como política pública.

> *"Valoro el tema de la vocación, el ejercicio gratuito de la consejería es potente, y uno de los riesgos puede ser que no se quiera hacer consejería si no se recibe aporte económico. Si esto pasa a ser de responsabilidad administrativa y financiera localmente de los servicios de salud, es imposible que una persona no profesional se integre y sea pagado, y si se integrara pagado pasa a ser funcionario de salud, desdibujándose la asociatividad." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)*

> *"siempre fuímos claros, desde el primer día, que ésta no iba a ser una fuente de trabajo para la gente…siempre la idea fue que esta estrategia fuera un espacio de participación de las organizaciones…" (Coordinador Componente Atención Integral, CONASIDA)*

4.3. Perspectivas: la mirada a la política pública

Los actores del Proyecto coinciden en que la consejería asociativa, como transformación de las prácticas de salud, requiere ser mirada en perspectiva. Por la envergadura de las articulaciones institucionales y los cambios conductuales que introduce, sus resultados e impactos demandan estrategias y procesos sostenidos en el mediano y largo plazo, apuntando a su transformación paulatina en política pública en la medida que la estrategia valide sus resultados ante los actores relevantes. De hecho, en ese proceso se juega un tránsito fundamental en la percepción de sentido común sobre la consejería: el paso del lujo a la necesidad.

> *"… visto fríamente uno podría decir que este proyecto es un fracaso, pero no lo es. Yo considero que es un éxito, porque esto tiene otra lógica, esto es casi una apuesta a un cambio conductual, tal vez, en diez años podríamos hacer una real evaluación de impacto" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

> *"Para nosotros es un proyecto que implica un cambio cultural, e implica un proyecto que refuerza fuertemente la idea de la atención integral a las PV VIH, un proyecto mirado como punta de lanza en la línea de la asociatividad en temas de salud y es un proyecto que tiene que ser mirado con mucha pasión pero con mucha racionalidad para cada acción que se va generando. Imagínate el cariño que tiene desde la Conasida este proyecto dada la fragilidad que se le puede presentar. Es un proyecto que en cualquier momento uno podría desistir, uno podría pensar, desistir diciendo "bueno, las PV VIH tienen un equipo de atención que ya da respuesta a sus necesidades", qué hace que sea distinto, entonces ahí empieza la comprensión de una mirada integral. La "integralidad" implica la participación de consejeros entre pares, pero no a ciegas" (Coordinación Nacional Proyecto, CONASIDA)*

> *"nos la estamos jugando por abrir un camino que en salud no está y creo que puede llegar a formar parte de una estrategia más permanente en la medida que demuestre su impacto en la población o en la salud de la población o en la calidad de vida del usuario" (Coordinación Ejecutiva, CONASIDA)*

Lo que se pone al centro como punto en discusión es la respuesta a una pregunta fundamental: ¿desde dónde construir las condiciones que harán sostenible el proyecto como experiencia de participación en salud? Al momento de esta evaluación, cada entidad mantiene su respuesta: para VIVO POSITIVO, el quid del tema pasa por dar a la consejería el estatus de política pública de participación en salud, mientras que para CONASIDA, antes de pasar a una fase de proyección política se requiere aún el afianzamiento de las bases institucionales y técnicas del Proyecto.

> *"Para donde seguimos apuntando, es que eso debería ser una política pública, y si tú ves hasta la ley de SIDA habla de participación de las políticas públicas con la sociedad civil organizada en cuanto a SIDA, entonces a lo que apuntamos es que más allá del Fondo Global esto trascienda, que se materialice en salud el discurso del gobierno en la real participación ciudadana" (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

> *"…todavía nos estamos jugando el primer tiempo del partido…{¿Esa es tu sensación de Primera Fase?} Sí, absolutamente, son los primeros minutos, creo que nos estamos mostrando, probando quién funciona mejor en un lugar que en otro…estamos conociéndonos, acostumbrándonos a la gente…" (Encargado Componente Atención Integral, CONASIDA)*

Cabe señalar que la historia del Proyecto y su agenda están marcados por el proceso de redefinición de objetivos institucionales de VIVO POSITIVO: en la medida que la organización logra sus metas más urgentes (ley del SIDA el año 2001, cobertura universal de medicamentos año 2003 e ingreso al plan AUGE), si bien genera una sensación de éxito y empoderamiento, esta realidad produce una consecuente baja en la participación en las organizaciones, muchas de las cuales centraban su reivindicaciones fundamentalmente en torno a estos temas. Existe conciencia de estar viviendo un momento crucial, un momento de *inventario* que requiere la capacidad de distiguir entre la coyuntura y los temas de largo plazo.

> *"Y qué pasó, sobre todo con la llegada de esta cobertura universal, esta red, agrupaciones que eran 50, 40, 30, quedaron con cuatro "pelagatos", porque mucha gente estaba peleando por su pastilla, o por una ley que al final salió, … y hubo un éxodo de personas, que se fue acentuando a medida que se incorpora al AUGE, por lo tanto, tuvimos una merma de capital humano…hay que ver quiénes se quedaron (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)*

4.4 Percepciones sobre impacto en los usuarios

En materia de impacto percibido sobre los usuarios, no obstante se reconoce la falta de mecanismos de medición al respecto, se plantea que los reportes de usuarios señalan avances importantes en cuanto a la pertinencia y calidad del servicio entregado, nuevamente señalándose el compromiso de los equipos asociativos locales como determinante en este aspecto. Se destacan sin embargo percepciones diferentes en cuanto al perfil de usuarios con mayor impacto por parte de la consejería asociativa: coexisten visiones sobre impactos más focalizados y más amplios. La población femenina emerge como un actor cuya demanda aún permanece en el 'punto ciego' del Modelo.

> *"Ha sido un aporte primero para un grupo super focalizado, que son aquellas personas viviendo con VIH que tienen algún vínculo con la organización, y con un grupo mucho*

más focalizado que son aquellas personas viviendo con VIH y que se declaran homosexuales. Creo que desde ahí hay grandes diferencias con otros grupos de personas viviendo con VIH, en este caso las mujeres por ejemplo... A nivel de los usuarios, se ha contribuido muchísimo en relación a los conocimientos y en relación a las posibilidades que te da el centro mismo, pero para este grupo específico." (Coordinación Nacional, Entidad Responsable VIVO POSITIVO)

"…hay que ser super paciente porque lo que se ha hecho hasta ahora se puede ver como que es harto y en realidad es harto, pero el impacto yo creo que es difícil medirlo en este momento porque igual es un proceso super largo y que es un proceso que pasa por cambiar la mentalidad de muchas personas, entonces requiere de harto tiempo."(Coordinación operativa del Proyecto, CONASIDA)

4.5. Lecciones aprendidas

Las reflexiones en torno al Modelo activan una mirada crítica en lo técnico que cuestiona incluso la decisión de nombrar el espacio de intervención como 'consejería', en tanto el término se aleja del sentido central de este quehacer: no se trataría de entregar consejo sino de acoger las necesidades de los usuarios, validarlos en su capacidad de autonomía y de decisión, favoreciendo su elección frente a un abanico de alternativas para el mejoramiento de su calidad de vida. La función de apoyo a los pares pareciera ser lo central de ese rol llamado "consejero/a".

"Me está incomodando cada vez más el nombre de consejería, por la noción de la entrega de consejo. Me gustaría que en algún momento eso se cambiara. Que incida en una mayor autonomía de los usuarios en sus tratamientos. Me preocupa la atribución de autoridad de algunos consejeros que viene de la imagen de los funcionarios de salud. El modelo de consejería viene de una autora francesa, entrado desde la traducción norteamericana, en que no se entrega consejo. Acompañamiento para la autonomía y no la dependencia de los usuarios. En la práctica que nos traspase ese paternalismo en algunos lugares. Eso habla de las historias personales e institucionales de tratar de reemplazar un servicio de salud por un servicio de consejería entre pares que replique esa autoridad, paternalismo y dependencia." (Coordinación Nacional Proyecto, VIVO POSITIVO)

"El consejero mal llamado consejero, también tiene un nombre super errado, está catalogado de manera super errada, no es consejero, cumple más una función de orientación, de derivación, de entrega de información. Para mí un buen consejero te muestra un abanico de posibilidades y el usuario es el que elige la mejor, y se tiene que ir contento con esa mejor, y volverá una vez, o dos veces más, para reforzar algunos elementos y de ahí chao." (Coordinación Nacional Entidad Responsable, VIVO POSITIVO)

"las personas hoy día son empoderadas, se han preparado y conocen mucho de lo que significa vivir con VIH, han estudiado mucho el tema y han adquirido una seguridad en sí mismos que hace posible que puedan asumir un rol como este, que es el ayudar, el apoyar a pares, en el fondo esa es la esencia de la consejería asociativa" (Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA)

V. CONCLUSIONES

1. Como experiencia de trabajo asociativo, la constitución del equipo nacional del Proyecto de Consejería constituye una expresión paradigmática de la alianza Estado- Sociedad civil. Al interior de esta instancia, se verifica el intercambio de temáticas técnicas y políticas, que dan origen a un conjunto de aprendizajes que han permitido llevar adelante las tareas de implementación del Proyecto. La construcción de un equilibrio entre las dinámicas de integración y segmentación de los campos de actuación y reflexión de cada entidad responsable forma parte de la dinámica del equipo nacional.
2. La formulación del Modelo y en general, los procesos previos a la implementación del proyecto, denotan la existencia de un consenso a nivel de los equipos de ambas entidades respecto del valor del soporte subjetivo a la adherencia, en el marco de un paradigma de calidad de vida, Uno de los puntos pendientes de la formulación del modelo se relaciona con el componente comunitario.
3. La voluntad por hacer del Proyecto asociativo una experiencia que recogiese el bagaje acumulado por ambas entidades en materia de apoyo a PVVIH se traduce en un proceso de discusión participativo que valida el saber de ambas entidades en sus niveles nacional y local. Dicho esfuerzo no tendrá continuidad como mecanismo de participación de actores locales y pesará como 'falta' del funcionamiento posterior, que tiende a centrarse en el liderazgo del equipo nacional. Este elemento marca uno de los puntos débiles de la realidad del proyecto: su falta de mediaciones o contrapartes regionales que den un sentido más 'colegiado' a la conducción.
4. La instalación de una iniciativa innovadora como el proyecto requirió un proceso de validación político-técnica entre los representantes de ambos sectores comprometidos, sociedad civil y Estado, a nivel nacional y local. Este proceso se percibe como logrado parcialmente, manteniéndose vigente la tarea de construir relación asociativa y lograr el funcionamiento óptimo de la instancia de derivación en algunas realidades locales.
5. Durante la fase 1, el proyecto avanza en materia de organización de procesos bajo un estilo de trabajo donde las decisiones técnicas y políticas del equipo nacional del proyecto fueron compartidas. En la gestión, se observa un énfasis en la formalización de procesos, en la perspectiva de dar al programa una institucionalidad de la que la práctica comunitaria adolecía. Esta medida es un requisito para su inserción como prestación en el centro hospitalario. De hecho, el establecimiento de los instrumentos constituye un factor fundamental en la medida que permite consolidar el flujograma, que resulta un paso decisivo en materia de construcción y difusión de la prestación de la consejería y funda el vínculo formal que da sentido a esta innovación programática: la derivación.
6. De igual modo, los procesos de formación de recursos humanos del proyecto constituyen un aporte en el sentido que al integrar personal de salud y miembros de agrupaciones dan forma concreta al Proyecto como paradigma de encuentro de saberes diversos. De igual modo, la selección de temas y capacitadotes es una muestra de los diversos aportes existentes entre profesionales de la salud y educadores comunitarios. Queda

señalada la necesidad de vincular los procesos de aprendizaje a espacios de observación y reflexión de la práctica de la consejería.

7. Los procesos de acompañamiento psicológico son reconocidos como un aporte por los equipos asociativos. El reforzamiento de las habilidades personales y grupales para enfrentar el burn out, así como el mejoramiento del clima de trabajo de grupo, constituyeron una oportunidad para profundizar las dinámicas de asociatividad del proyecto.
8. Por su parte, las instancias de monitoreo generaron aprendizajes que permitieron el perfeccionamiento de los dispositivos de funcionamiento del proyecto (modalidades de derivación, división de funciones en el equipo nacional, entre otros). Para la fase II del proyecto, existe consenso en la necesidad de reforzar los mecanismos de acompañamiento a los equipos locales, en la perspectiva de desarrollar capacidades y reforzar la dimensión de respaldo político a la gestión local por parte de las entidades responsables.
9. Con todo, la experiencia de implementación del Modelo develó la necesidad de delinear con mayor protagonismo el rol de las agrupaciones de PVVIH, que durante esta primera fase quedaron restringidas la mayor parte de las veces al cumplimiento de una función administrativa.
10. En lo referente a los procedimientos administrativos, la amplia diversidad de actores y niveles involucrados en la implementación del proyecto –bajo un modelo como el actual que establece controles cruzados- imprime una alta complejidad a la resolución de las tareas de asignación de recursos. Existe el peligro de que esta situación –y la consecuente dilatación que genera- terminen siendo interpretados como una falta de compromiso político con la gestión por parte de las entidades nacionales del Proyecto.
11. Uno de los puntos donde existen opiniones diversas en las entidades responsables se relaciona con la estrategia para construir la sostenibilidad del modelo. Mientras VIVO POSITIVO aboga por la transformación de la Consejería en política pública a nivel del MINSAL, CONASIDA pareciera definir la tarea actual en torno al afianzamiento institucional del proyecto a nivel de equipos locales. La pregunta consecuente pareciera ser ¿cómo sintonizar los tiempos políticos de ambas entidades?

Análisis del desempeño económico del proyecto

Este item se indagará en dos niveles: en primer lugar, se entregará un análisis del uso de los recursos económicos del Proyecto a partir de la información disponible, entregada por el Receptor Principal. En segundo lugar, se indagará el ciclo de gestión de los recursos destinados a las agrupaciones y a los servicios de salud.

a) Distribución de Gastos Generales del Proyecto

Este acápite tiene como objetivo mostrar los gastos realizados durante la fase I de implementación del Proyecto. El siguiente cuadro resume los gastos generales del Proyecto de Consejería Asociativa:

	Semestre I - Año I	Semestre II - Año I	Semestre I - Año II	Semestre II - Año II	Total	
Gestión	3.035.000	6.805.209	13.294.068	23.493.646	46.627.923	32%
Apoyo a consejeros		7.992.000	8.239.000	10.555.600	26.786.600	18%
Sub Total	3.035.000	14.797.209	21.533.068	34.049.246	73.414.523	50%
Pasajes Aéreos			5.467.926	8.080.597	13.548.523	9%
Viáticos y Fondos por Rendir			1.365.458	2.167.936	3.533.394	2%
Hoteles			573.757	5.146.460	5.720.217	4%
Movilización y Pasajes		8.100	610.840	386.384	1.005.324	1%
Sub Total	0	8.100	8.017.981	15.781.377	23.807.458	16%
Gastos de Oficina (fotocopias-arriendos-teléfono-correo-mat. Oficina,etc.)		2.550.707	4.148.473	2.665.610	9.364.790	6%
Gastos de Impresión- imágenes-publicidad			743.750	8.294.003	9.037.753	6%
Sub Total	0	2.550.707	4.892.223	10.959.613	18.402.543	13%
Mobiliario equipos de salud)				2.616.157	2.616.157	2%
Condónes				2.177.700	2.177.700	1%
Sub Total	0	0	0	4.793.857	4.793.857	3%
Capacitación		300.500	3.403.400	485.650	4.189.550	3%
Aporte Agrupaciones				**7.700.000**	7.700.000	5%
Monitoreo				11.000.000	11.000.000	8%
Diferencia de cambio	151.261	2.294.368			2445629	2%
Total	**3.186.261**	**19950884**	**37846672**	**84.774.743**	**145758560**	100%

Como es de esperar, los flujos económicos del proyecto están asociados al diseño de actividades y fases de implementación del sistema: de hecho, el primer año prácticamente no se registra más gasto que el derivado de la gestión que puso en movimiento el Proyecto y un pequeño desembolso asociado al proceso de selección de los candidatos a consejeros que serían capacitados durante el tercer semestre. Durante el segundo semestre, al flujo

de gastos en gestión se suma una serie de ítems propios de la puesta en marcha del Proyecto: insumos de oficina, capacitación y un item relevante: los gastos correspondientes al aporte económico a los consejeros, que viene a cumplir un compromiso formulado en la etapa de gestación del Proyecto.

Recursos humanos

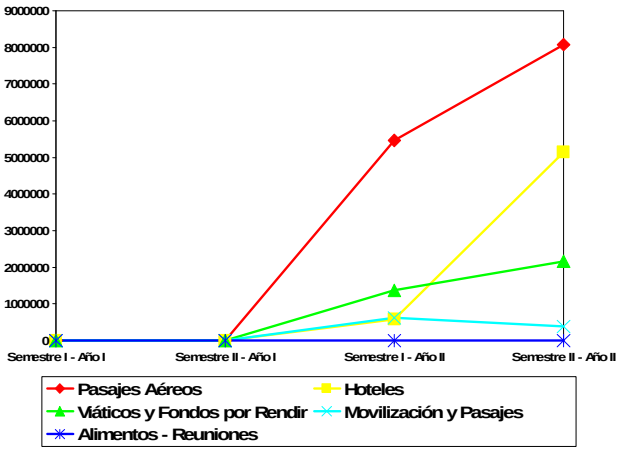
La distribución del gasto total de la fase 1 muestra que el 50% equivale a gestión del Proyecto: específicamente, el 32% en las tareas de gestión nacional del Programa; y el 18% en el aporte destinado a los gastos básicos de los consejeros. La siguiente gráfica muestra un constante aumento del gasto en gestión, el cual se explica en parte por el ingreso al equipo central de las profesionales encargadas del apoyo psicológico a los consejeros. Si observamos el gasto en la gestión nacional del proyecto, éste se distribuye de la siguiente manera:

	Semestre I - Año I	Semestre II - Año I	Semestre I - Año II	Semestre II - Año II	Total	%
TOTALES	3.035.000	6.805.209	13.294.068	23.493.646	46.627.923	
Equipo de Gestión	2.695.000	4.466.809	9.865.400	13.727.627	36.345.036	78%
Selección de Consejeros (Ev. Psicologica)	340.000	1.860.000			2.200.000	5%
VIVO POSITIVO (Trabajo Asociativo con CONASIDA)		478.400	2.870.000	2.870.400	6.218.800	13%
Acompañamiento Psicológico			500.000	4.530.000	5.030.000	11%
Patricio Hernández – Nutricionista			57.650		57.650	0%
Apoyo externo a Equipo Central				1.965.619	1.965.619	4%
Otros				400.000	400.000	1%

Gasto en Movilización, alojamiento y alimentación

El total de gastos por concepto de alojamientos y viáticos equivale al 17% del gasto total, apreciándose un aumento a través de los cuatro semestres analizados explicable en virtud de encontrarse en pleno desarrollo las tareas de implementación nacional del proyecto. Al observar los datos del ítem pasajes aéreos se aprecia que el mayor porcentaje de gasto equivale a las personas que realizan apoyo psicológico y al traslado de los asistentes a talleres nacionales de capacitación. Al observar los datos de viáticos en el último semestre se aprecia que el mayor porcentaje de gasto equivale a “apoyo psicológico”.

Gastos en movilización, alojamiento y alimentación.
Julio 2003 – Julio 2005



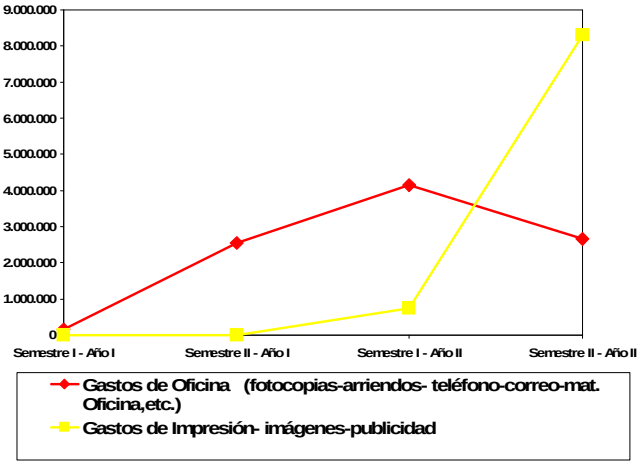
Pasajes Aéreos	Semestre I - Año I	Semestre II - Año I	Semestre I - Año II	Semestre II - Año II	Total	%
			5.467.926	8.080.597	13.548.523	
Monitoreo			2.639.806	1.280.298	3.920.104	29%
Taller Cucumen			1.094.531		1.094.531	8%
Acompañamiento Psicológico			1.274.855	3.238.059	4.512.914	33%
Otros			458.734	3.562.240	4.020.974	30%

Viatico y Fondos por rendir	Semestre II - Año II	
Equipo de Gestión Nacional	650.000	30%
Apoyo Psicológico	1.317.538	61%
Vivo Positivo	83.408	4%
Otros	116.990	5%
Total	2.167.936	

Gasto en fungibles

El gasto de oficina e impresión equivale a un 13% del gasto total, cabe recalcar que el 50% de este ítem es material educativo de apoyo directo a las consejerías entre pares. Cabe señalar que los materiales educativos fueron impresos en los últimos 2 meses de la fase 1, hecho que empalma con el segundo y tercer taller de formación de consejeros.

Gastos de oficina e impresión
Julio 2003 – Julio 2005



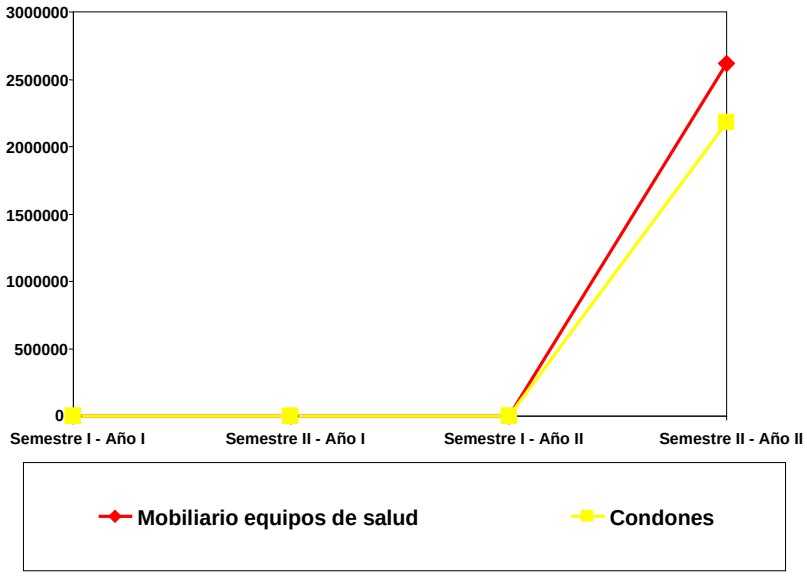
	Semestre I - Año I	Semestre II - Año I	Semestre I - Año II	Semestre II - Año II	Total	%
Gastos de Oficina (fotocopias-arriendos-teléfono-correo-mat. Oficina,etc.)		2.550.707	4.148.473	2.665.610	9.364.790	51%
Gastos de Impresión- imágenes-publicidad			743.750	8.294.003	9.037.753	49%
Sub Total	-	2.550.707	4.892.223	10.959.613	18.402.543	

Con todo, su aporte al cumplimiento de objetivos programáticos sólo se verificará en la fase II (los materiales fueron entregados en las postrimerías de la fase I). Puede apreciarse este punto realizando un cruce con la sistematización de las fichas de atención realizada por el Programa, que sugiere que la introducción de los materiales no tiene un impacto significativo en el incremento de prestaciones durante la fase I: puede apreciarse que en el período en que fueron entregados los materiales las prestaciones bajan a 128 (su número más bajo durante toda la fase I –excepto al inicio-) y vuelven a incrementarse al inicio de la fase II.

Gasto en Mobiliario e insumos

El ítem de gasto en mobiliario e insumos equivale a un 2% del gasto total, se realizó específicamente al finalizar la primera fase. El gasto de mobiliario consistió en el aporte de $200.000 pesos a cada centro de salud y a la compra de condones que serían utilizados en las actividades de prevención secundaria del Proyecto. Por la fecha en que el gasto fue realizado y los insumos entregados, (fines de julio de 2005, en el caso de los condones agosto de 2005[111]), el aporte de éste al cumplimiento de objetivos programáticos debiera verificarse propiamente en la segunda fase del proyecto.

Gastos de mobiliario y condones
Julio 2003 – Julio 2005

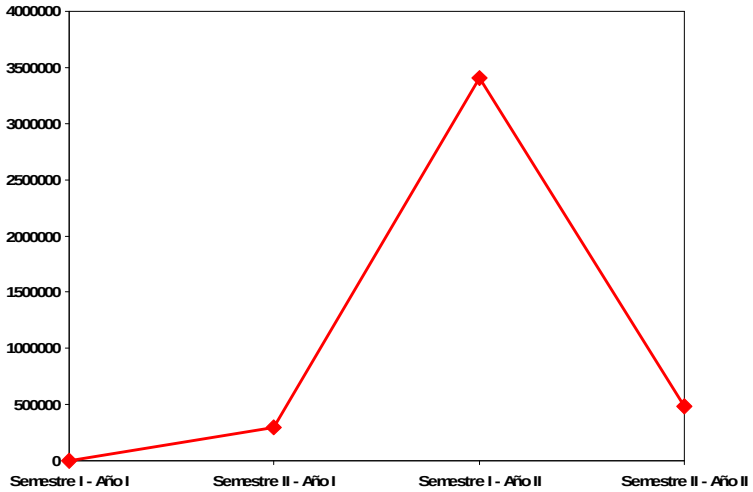


Gasto en Capacitación

El ítem correspondió al gasto en capacitación equivale a un 3% del gasto total y se concentra en el primer semestre del segundo año del proyecto, correspondiente a las jornadas de actualización de las Colinas de Cuncumen y el Taller de Guayacán. Cabe señalar que si bien no está incluido en estre acápite, un porcentaje estimable en un 70% del gasto en movilización corresponde al traslado de participantes de los talleres de capacitación realizados durante la Fase I.

[111] Información entregada por el Receptor Principal, extraída de sus registros administrativos.

Gastos de capacitación
Julio 2003 – Julio 2005

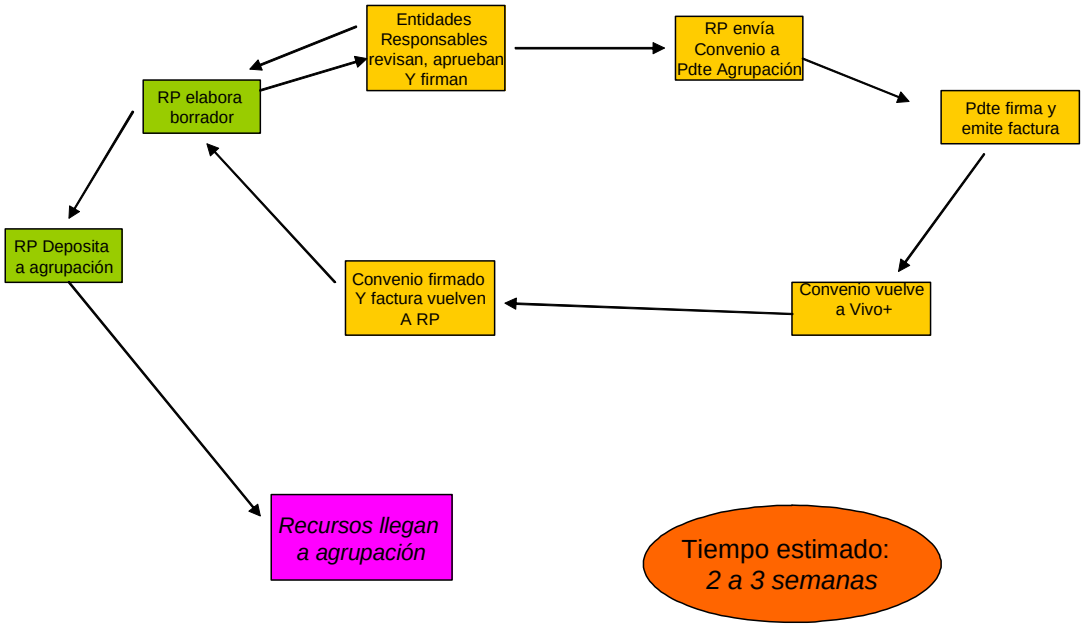


	Semestre I - Año I	Semestre II - Año I	Semestre I - Año II	Semestre II - Año II	Total	%
Total		300.500	3.403.400	485.650	4.189.550	
Material de Taller		300.500			300.500	7%
Las Colinas de Cuncumen - Jornada de Actualización Consejería Asociativa			3.403.400		3.403.400	81%
Otros				485.650	485.650	12%

b) Ciclo de gestión de los recursos

El desafío de construir un proyecto asociativo no sólo está relacionado con resolver las condiciones políticas y técnicas relacionadas de la prestación. La posibilidad de movilizar recursos humanos y materiales (insumos, mobiliario, material educativo, comunicaciones, alimentación, transporte) dependerá de la pronta llegada de los recursos desde el Receptor Principal hasta las unidades ejecutoras de fondos (en este caso, las agrupaciones y los equipos de atención integral de los centros de salud). Como es sabido, para que ello ocurra, el acuerdo operativo del proyecto establece un conjunto de pasos donde intervienen todos los actores del proceso (Receptor Principal, CONASIDA, VIVO POSITIVO, Servicio de Salud, Equipo local de Atención Integral, Proveedores). El diagrama siguiente grafica el flujo de gestión de los recursos para las Agrupaciones:

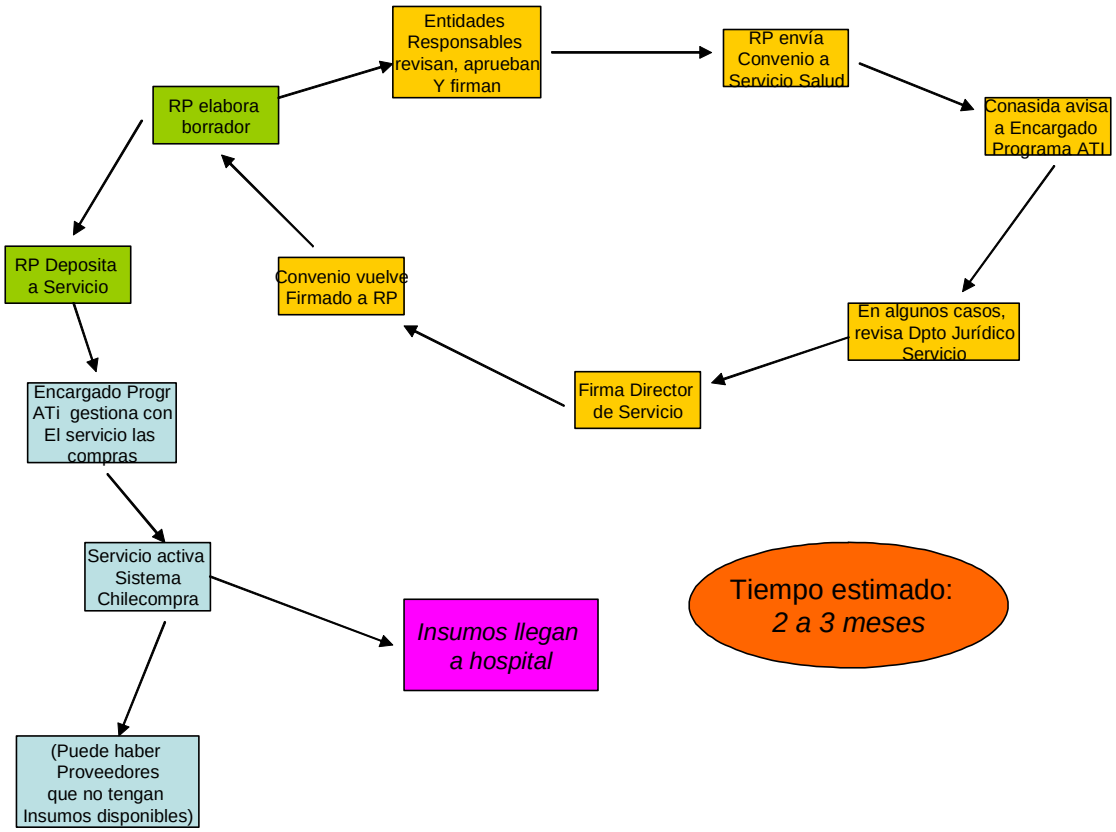
*CICLO DE GESTIÓN CONVENIOS AGRUPACIONES (**$350.000**)*



En este caso, el tiempo estimado (2 a 3 semanas) está dentro de los plazos admisibles para operar con normalidad el sistema. El factor fundamental que asegura el cumplimiento es la oportunidad de gestión del RP y la fluidez de la estructura administrativa de VIVO POSITIVO, que son los dos actores que intervienen de manera importante en el proceso. Cabe señalar que los recursos no son rendidos ante el RP, quien recibe una factura por los recursos entregados. Nuestra revisión de la documentación interna de VIVO POSITIVO, entidad que lleva un seguimiento detallado de los gastos de los proyectos locales, indica que los recursos son ejecutados principalmente en torno a 3 ítems: comunicaciones, transporte y alimentación. Por tanto, se asume como un flujo de recursos que beneficia directamente la labor del consejero y viene a complementar el monto del aporte establecido por concepto de prestación.

En contrapartida, la situación del flujo presupuestario en el sistema de salud resulta crítica por su lentitud: si se considera lo modesto de la suma percibida en relación a otros importantes aportes (como los del proyecto de implementación del Modelo de Atención Integral), llama la atención el largo ciclo de ejecución de los recursos, que puede llegar a los 3 meses. Al lado de requerimientos administrativos como los del Modelo de Atención Integral, no es de extrañar que se mantenga pendiente la rendición de los aportes locales a salud realizados para la ejecución del Proyecto de Consejería Asociativa durante la fase 1.

*CICLO DE GESTIÓN CONVENIOS SALUD (**$200.000**)*



Comentarios

Los ítems de gasto de la Fase I son los propios de la puesta en marcha e implementación de un proyecto como la Consejería Asociativa, que tiene como eje protagónico los recursos humanos, tanto en términos de gestión como de apoyo a la prestación de consejería. Asimismo, los gastos en recursos materiales y operación están en directa relación a la implementación del programa a nivel nacional. Cabe señalar que los recursos provenientes del Proyecto permitieron dar sostenibilidad al proceso de instalación del Proyecto Asociativo durante la Fase I.

Cabe señalar que el análisis del presupuesto presenta un sesgo importante: los ritmos de gastos están íntimamente relacionados con las demandas de desembolso presupuestario derivadas de los compromisos con el Fondo Global. De hecho, la proximidad del monitoreo (tanto en el año 1 pero fundamentalmente al finalizar la primera fase del proyecto Fondo Global) dispara notoriamente el ritmo de los gastos. De hecho, hay ejecución de fondos que si bien cumple formalmente con los plazos establecidos para la fase 1, en los hechos no tuvo incidencia sobre el logro de objetivos programáticos: tal es el caso del aporte a las agrupaciones y a los servicios de salud, los gastos realizados en material de difusión y el aporte realizado al Receptor Principal con motivo del monitoreo, que fueron realizados hacia finales de julio de 2005.

Por lo mismo, no es posible formarse una imagen de lo que sería un semestre típico del Proyecto: los gastos son significativamente incrementales acorde nos acercamos al fin de la fase I. Debemos conformarnos con señalar que el fuerte de un proyecto de esta naturaleza son sus recursos humanos, tanto los que implementan el andamiaje técnico-político del Modelo asociativo como los que llevan a cabo las funciones de prestación y acompañamiento.

El análisis de los ítems muestra que este proyecto no posee inversión significativa en torno a infraestructura. Más adelante, veremos que esta realidad se manifiesta en la evaluación del lugar de atención por parte de los usuarios, así como en la petición de mobiliario como respuesta ante la consulta sobre los elementos que el usuario agregaría a las consejerías.

Por otra parte, en un proyecto donde lo principal es la operación de las personas, los ritmos de los procesos administrativos están lejos de constituir una variable menor. Por el contrario, la lentitud de los procesos tiende a ser interpretada como un indicador del compromiso de los gestores responsables de las iniciativas e incide en la calidad de las alianzas entre el nivel central y local. Asimismo, la tardanza en los tiempos de ejecución de recursos limitados –factor crítico en el caso del sector salud- instala una sensación de levedad del proyecto en los actores, al punto de desestimar el envío de propuestas en las nuevas convocatorias (este elemento fue sugerido en la entrevista grupal realizada a los coordinadores locales de salud).

El punto crítico de la ejecución de los recursos del programa está en el pago del aporte al consejero. En la medida que la autorización del pago depende de

ciertos pasos administrativos a cumplir por parte de la agrupación, en los casos estudiados donde existieron problemas entre consejero y agrupación, los primeros manifestaron haber sufrido retrasos no casuales en la realización de las gestiones para el pago. Puede apreciarse que el manejo presupuestario es un punto donde la situación del consejero está fragilizada: su calidad de representante de la agrupación genera una cierta dependencia administrativa –en contraste con la débil articulación técnica- que le perjudica en caso de conflicto. Los canales administrativos suelen ser activados cuando hay cuestiones no resueltas en lo político-técnico.

Con todo, es preciso señalar en favor del modelo de gestión de recursos del proyecto el que si bien puede tornar más engorroso el manejo presupuestario y retardar la gestión, instala un principio que el Proyecto debiera mantener: los actores locales son los que destinan y gastan sus recursos; asimismo, el proceso general resulta más ordenado y la existencia de un convenio asegura que los recursos deben ser ejecutados en las actividades del proyecto, al símil de un compromiso de gestión.

Lo que debe ser resuelto es el estatuto político que adquieren los procedimientos en un proyecto cuya raíz es la gestión participativa: su aseguramiento en tiempo es condición de posibilidad para el entramado de gestión general y tiene directa relación con el principal motor del sistema: la confianza de compartir una misión entre diversos actores.

Desde un punto de vista administrativo, la propia experiencia de implementación del Proyecto del Fondo Global en torno a iniciativas como las campañas de prevención ha implicado la búsqueda de fórmulas que permitan ejecutar recursos de modo mixto, realizando los depósitos en actores que no forman parte del sistema de salud. Cabe reflexionar los aprendizajes en materia de descentralización para resolver esta cuestión tan cara a la marcha del proyecto.

A continuación, presentaremos los estudios de caso regionales. Frente a la mirada nacional sobre la implementación, éstos aportan el tono local y la posibilidad de apreciar, en su especificidad, los nudos y potencialidades propios del Modelo Asociativo.

4.1.2 Caso Región Metropolitana, Centro Hospitalario Norte “Eloisa Díaz”

I. Actividades realizadas

El trabajo de terreno del estudio de caso de Santiago se desarrolló entre la primera semana de Agosto y la segunda de Septiembre.

Se realizaron entrevistas a los siguientes actores: consejero en ejercicio y coordinador local, psicóloga del programa y coordinadora local, encargada del Centro de Atención Integral de VIH y Encargada de programa VIH Servicio de Salud. Asimismo, se entrevistó a dos usuarios varones de 35 y 30 años, respectivamente. Las entrevistas se realizaron en dependencias del Centro Hospitalario, específicamente en los box de atención del “Centro de atención integral de VIH“.

Entrevistas Individuales a Gestores, Complejo Hospitalario Norte

Tipo
Director de Hospital
Encargada de programa VIH Servicio de Salud
Encargada Centro de Atención Integral VIH
Presidente Agrupación y org. de PVVIH
Coordinadora local Servicio Salud
Coordinador Local Agrup. PVVIH
Consejero

Entrevistas individuales a Usuarios, Complejo Hospitalario Norte

Tipo	Tipo
Usuario 1	Varón, 35 años
Usuario 2	Varón, 30 años

En términos generales, el equipo tuvo dificultades para acceder a los usuarios. Esta situación se agudizó con el advenimiento del paro de la salud realizado en la segunda mitad del terreno, donde el Hospital San José tuvo una presencia relevante. Cabe tener en cuenta que el trabajo de terreno de los investigadores permitió sostener conversaciones con usuarios que no obstante rechazaron ser entrevistados, entregaron su opinión sobre el Proyecto.

II. Delimitación de la experiencia.

2. 1. Historia, instalación

El Programa de Atención Integral en VIH[112] funciona desde noviembre de 2004, y los "consejeros entre pares" están integrados desde antes de esta fecha a la labor de apoyo al equipo de salud, a partir de un proyecto realizado por Vivo Positivo y del trabajo junto a CONASIDA, los cuales son anteriores al proyecto de consejería asociativa financiado por el "Fondo Global". De esta experiencia local, los actores no perciben la instalación del programa como un hito fundante en materia de trabajo asociativo sino como una oportunidad de formalizar y/o dar continuidad y mejora a un espacio construido y legitimado con anterioridad.

Uno de los antecedentes relevantes de esta línea de trabajo, se relaciona con el esfuerzo orientado por la introducción de un enfoque comunitario para el trabajo en prevención secundaria en VIH/SIDA. Ello implicó la articulación de grupos de pares para la ayuda mutua y acompañamiento y la organización de familiares y amigos en torno a un voluntariado para la asistencia a los usuarios hospitalizados. Con esta actividad, las temáticas vinculadas a la salud mental, el autocuidado (de los usuarios y de sus redes de apoyo) quedan instaladas en el enfoque de trabajo del Centro Hospitalario y vienen a constituir una base fundamental para el futuro esfuerzo de consejería entre pares. Al mismo tiempo, dichas experiencias van quedando en la memoria institucional y pasarán a ser recursos para comprender el rol de los consejeros en torno a las nociones de educación, calidad de vida, voluntariado.

> *"desde mi línea de trabajo como psicóloga…efectué algunos talleres… en la línea del autocuidado y la salud mental y tuve muy buena respuesta en temas de participación activa de un grupo…Eran varones homosexuales, adulto joven, poquitos trabajaban …duró varios meses...{teníamos} una sesión por semana y después por un tema de tiempos míos cada dos semanas …todos con buen estado de salud, pacientes con VIH pero en etapa asintomático, en etapas iniciales del proceso de infección por el recuento de linfocitos…dos personas tomaban…en ese tiempo era la biterapia…estamos hablando por el año '97 .*
>
> *Mod.: ¿has vuelto a implementar estas instancias de grupo?*
>
> *Después, el año '99 o el 2000…intenté implementar algo similar, aquí no podía por tiempo, pedí permiso para hacerlo en la misma agrupación…porque tenían un buen espacio pa'trabajar en este tipo de talleres, pero fíjate que ahí surge un dato súper curioso (ríe), participaron como dos pacientes y el resto que eran como veinte personas más, eran voluntarias de la agrupación, me refiero a familiares de pacientes o personas que ejercían la labor de voluntariado para la educación… entonces yo enfoqué esta línea más como al autocuidado de estas personas que a su vez daban cuidado a personas que vivían con VIH, ese taller fue bueno pero de ahí no hice más" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Por otra parte, en la experiencia de los profesionales del Centro Hospitalario Norte, los rasgos problemáticos propios de la fase de instalación del Proyecto –desconfianza y/o escepticismo de los profesionales de la salud- se atenúan con el acumulado de trabajo conjunto. Adicionalmente, la existencia de un equipo

[112] Como referencia, cuando se refiera al Programa de Atención Integral se hablará de "el Programa", y cuando se aluda a la consejería entre pares se mencionará como "el Proyecto".

de salud con menor dotación de profesionales resulta un factor que releva la importancia del aporte del equipo de consejeros. En términos generales, esta experiencia previa representa una base de legitimidad para la instalación del Proyecto.

> *"…tuvimos la suerte de partir con el proyecto antes que partiera esto del Fondo Global y la consejería asociativa…no se si fuimos el único hospital o el primer hospital que partió con este proyecto… {Mod.: ya le habían tomado el pulso} Entonces…como sabíamos…los beneficios de eso porque lo vimos con esta consejera y con el mismo Marco Antonio que partió en este proyecto piloto también…y además como era un equipo más chiquitito, el aporte de ellos se notaba más, era más significativo en términos de lo que se estaba logrando con los usuarios…creo que al tener la oportunidad de haber conocido la experiencia estábamos receptivos a esto…la gran mayoría del equipo ya conocíamos a Marco Antonio que es el actual coordinador y único consejero… entonces… uno va captando las habilidades relacionales que tiene la persona, pa' nosotros…fue grato…No fue amenazante"*

> *"esto era…como seguir en la misma línea o incluso mejor, porque había ya más formalidad, estaba más ordenada la cosa, más rayada la cancha" (Psicóloga, Coordinadora local)*

> *"la asociatividad funciona previo al programa de consejería asociativa" (Encargada Centro de Atención Integral)*

Con todo, desde la experiencia del Caso Norte cabe reflexionar sobre la necesidad de que el Proyecto formule desafíos técnicos de implementación incrementales, especialmente en el caso de los Programas donde el trabajo asociativo funciona con anterioridad. Por ejemplo, cabe la posibilidad de establecer ciertos centros como espacios de entrenamiento y pasantía en materia de trabajo asociativo y/o ejercicio de la consejería. Lo anterior es importante en la medida que, en caso contrario, el funcionamiento del programa puede ser visto sólo como "más de lo mismo" (sólo continuidad) o mera inyección de recursos.

> *"se vino a mejorar lo que ya se hacía" (Consejero, Coordinador Local)*

Otro de los temas críticos asociados a Programas donde ya existe trabajo asociativo previo se relaciona con el hecho que la novedad de la experiencia puede ceder en favor de una valoración que da mayor relevancia de los aspectos logístico-administrativos del funcionamiento del Modelo, los que pasan a ser relevantes en la evaluación local del Proyecto.

> *"se mejora la infraestructura, se provee de materiales a los consejeros" (Consejero, Coordinador Local)*

De acuerdo al testimonio de los profesionales, la incorporación de los consejeros tiene una data anterior al 2003 y es recordada como una etapa difícil, principalmente en la relación con los médicos, que reaccionaban con escepticismo –desde un punto de vista técnico- a la instalación de los consejeros en las dependencias del servicio.

> *"…en un principio, a pesar que…estábamos integrados, los médicos no nos derivaban gente porque no creían en uno o por lo menos en mi como consejero …el tema de la confianza se fue estableciendo bien de a poco "(Consejero, Coordinador Local)*

"este sistema es muy…eee… obstaculizador de que se integren personas que no son del servicio…" (Psicóloga, Coordinadora local)

En los primeros años, antes del Proyecto de "consejería asociativa", la confianza era un capital por construir.

"los primeros tiempos fueron difíciles, pasábamos calentando el asiento pues los doctores no nos derivaban a nadie". (Consejero, Coordinador Local)

"ellos no confiaban en nuestro trabajo, nos veían como una amenaza" (Consejero, Coordinador Local)

"Los doctores en ese tiempo tenían fuertemente la sensación de estar siendo espiados en su labor, al tener rondando en su mismo espacio a los consejeros" (Encargada Centro de Atención Integral)

Incluso, la instalación del modelo encontró resistencias en los propios usuarios, algunos de los cuales -en un primer momento- acusaron a los consejeros de:

"pasarse a las filas enemigas, los trataron de traidores, pero esto pronto se acabó, incluso los usuarios han apaciguado su predisposición al conflicto". (Encargada Centro de Atención Integral)

Los consejeros fueron asertivos en la defensa de sus derechos y demandan al equipo de salud validación y espacio. Lo que paulatinamente se va logrando: el personal de salud va apreciando la seriedad y compromiso de su trabajo.

"…yo se los planteé a los médicos, pero siempre han tenido como una…lo único que les hacía no creer en nosotros…y sin embargo las enfermeras y las psicólogas sí, súper bien por ese lado"

"después…como empieza a crecer el universo de pacientes la demanda también empieza a ser otra poh, claro…el médico te ve nomás pero él no va a hacer una contención no te va a ayudar en qué pasa en tu vida con el tratamiento antiretroviral…era un tema para nosotros…nos fuimos validando…" (Consejero, Coordinador Local)

A esta nueva realidad del servicio se suma el cambio del staff médico, concretamente la feminización del equipo de profesionales: tres mujeres asumen como médicos tratantes, asimismo hay nueva dirección del programa, asumiendo la actual encargada del Centro de atención integral de VIH, quien cumplía con el perfil técnico requerido desde el momento en que dejan de ser "Programa de VIH" y pasan a ser "Centro de Atención integral en VIH".

El ingreso de la nueva coordinadora del Programa de Atención Integral marca un momento importante en la historia del Proyecto. La elección de su perfil, que refleja el intento por dar un salto en términos de calidad de la atención, genera una nueva base que torna viable la operación del programa de acuerdo a los cánones establecidos por el Modelo Asociativo. Al mismo tiempo, a partir del trabajo realizado por la Psicóloga del Programa se realizan experiencias de intervención grupal, tanto en lo referido a Grupos de Ayuda Mutua como a voluntariados, los cuales representan parte del capital acumulado en materia de trabajo conjunto y comprensión de la importancia del componente comunitario-grupal en materia de reforzamiento de la adherencia. Ambas

actuaciones –la encargada del Programa y la psicóloga- son una muestra de la importancia del rol jugado por las personas en la activación de innovaciones en la gestión local.

Con la nueva dirección se consolida el trabajo que venía realizando el equipo de consejeros (en ese período eran cinco) y ocurre un hito señalado como de gran relevancia, cual es su integración a las "reuniones técnicas de equipo", comenzando a participar mensualmente.

> *"después…nos incorporaron a las reuniones…actualmente yo estoy en el equipo de salud {Eso fue} Con la doctora Burdiles, cuando ella ingresó al programa empezamos con eso" (Consejero, Coordinador Local)*

Desde el punto de vista del consejero, la participación en las reuniones marca un hito que refuerza su sentido de pertenencia a la red de atención. De hecho, la percepción es referida como membresía del equipo de salud. La construcción de una identidad como miembro del equipo es un paso adelante respecto de una asociatividad que se limita a la mera cohabitación en el centro de atención.

> *"Las reuniones de equipo se dividen en dos momentos, se parte con un tema bibliográfico, que es expuesto por un integrante del equipo o por un invitado externo. Y en la segunda parte de la reunión se trabaja en los aspectos administrativos del programa, participando los 14 integrantes del equipo en toda la reunión, incluidos los consejeros, hoy él consejero pues queda sólo uno*".
>
> *"Los consejeros han sido un aporte a estas reuniones y sin duda a ellos también les ha servido mucho" (Encargada Centro de Atención Integral)*

Si bien en los inicios del trabajo asociativo existían cinco consejeros entre pares, recientemente se retiró el penúltimo y en la actualidad, sólo se cuenta con un consejero, que hizo parte del equipo original. No obstante la Coordinadora ha realizado gestiones para incorporar nuevos consejeros, se han suscitado diferencias con la agrupación local en torno a los criterios para generar los reemplazos: si desde el equipo de salud se plantea privilegiar criterios técnicos, desde la agrupación se ha reafirmado la investidura del consejero entre pares en tanto 'representante' de la agrupación ante el equipo de salud. Ello torna dificultoso la selección de candidatos con el perfil adecuado y ha implicado una barrera para las personas que si bien a juicio de la Coordinadora reúnen las competencias y el interés de formarse como consejeros, no cumplen con los requisitos de militancia en la agrupación.

> *"las agrupaciones han exigido que los consejeros sean personas que tengan un buen tiempo de participación activa en su organización, lo que ha dificultado la incorporación de nuevos consejeros" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Puede verse en esta posición de las agrupaciones un intento por revertir la actual situación de escaso vínculo con el consejero, lo que genera una débil derivación hacia la entidad y debilita el rol fiscalizador ejercido por el consejero entre pares respecto del equipo de salud. Es importante observar que la irresolución de un problema político-técnico como es la organización el vínculo consejero-agrupación-proyecto asociativo, puede llegar a constituir un duro obstáculo a la continuidad del proyecto en la medida que afecta el motor

principal de una intervención de esta naturaleza: la renovación de sus recursos humanos.

2.2.- Infraestructura: recursos materiales, humanos y flujograma

a.- Recursos Humanos

Desde que el VIH/SIDA es patología AUGE, el equipo está conformado por:

- 3 médicos (77 horas en total)
- 1 matrona (44horas)
- 1 psicóloga (44 horas)
- 1 asistente social (11 horas)
- 2 químico farmacéuticos (que comparten su jornada laboral entre varios programas)
- 2 Técnicos paramédicos (88 horas)
- 1 administrativo (44horas)
- 1 consejero (22 horas; a Mayo del 2006 eran tres Consejeros)

En la percepción de algunos actores del equipo de salud, la ampliación de la dotación de profesionales viene a modificar la percepción de impacto de la labor de los consejeros entre pares al programa.

> *"Anteriormente eran 7 las personas que integraban el equipo, 2 Médicos, 1 Psicóloga, 1 químico farmacéutico y 3 consejeros, así es que prácticamente se duplicó el recurso humano" (Encargada Centro de Atención Integral)*

Los recursos humanos disponibles atienden una población de 715 usuarios, de los cuales el 70% aproximadamente es población homo/bisexual, y un 20% son mujeres, siendo la población activa un poco más de 500 pacientes; el resto, son pacientes que rotan, faltan por largos periodos, abandonan o se cambian de centro hospitalario.

b.- Recursos Materiales

El equipo cuenta con 6 boxes de atención, bien acondicionados y amoblados, con iluminación adecuada, en óptimas condiciones, ubicados en el segundo piso. El consejero no tiene una sala exclusiva de atención, pero los días que atiende cuenta con alguna de estas 6 salas. Asimismo, dispone de material de papelería y folletos informativos.

> *"Igual las chiquillas (paramédicos o administrativos) siempre me tienen una sala disponible para que yo atienda, eso nunca ha sido un problema, pero no tengo una sala exclusiva" (Consejero, Coordinador Local)*

En este punto, se observa un rasgo relevante del estado de la relación asociativa y así como de la integración del consejero en el sistema de atención: no obstante el hecho que la consejería entre pares se acerca a su cuarto año de prestación sin un local estable de atención –lo que podría interpretarse como debilidad institucional-, el acceso a un box de atención está garantizado a

través de la acción de las paramédicos, quienes resuelven la disponibilidad. En definitiva, en la medida que está validada en el flujograma de atención, la consejería entre pares cuenta siempre con una asignación de box de atención.

c.- Flujograma de atención

Los usuarios del Programa deben venir con la confirmación del diagnóstico del Instituto de Salud Pública. La entrevista de ingreso es realizada por la psicóloga o en su defecto por la asistente social -situación que es la excepción a la regla-; posteriormente, se programan las diversas atenciones: médico, asistente social, consejero, químico farmacéutico (en este caso, es la atención priorizada para quienes inician triterapia) y se solicita la realización de un conjunto de exámenes; luego, el usuario continúa sus controles médicos cada 8 a 12 semanas dependiendo de lo estable que esté (además, en estas fechas se renueva su receta, incluso si no asisten a control médico). Las atenciones de otros profesionales (psicóloga, asistente social, matrona, químico farmacéutico), se realizan de acuerdo a requerimientos específicos.

El consejero realiza tres tipos de atenciones:

- Primera acogida, ante la reciente notificación de VIH, a todos los usuarios que ingresan al Centro de Atención Integral, los que son derivados por la psicóloga, quien realiza los ingresos (en su defecto, la asistente social);
- Usuarios que inician triterapia, derivados por el químico farmacéutico o el médico;
- Usuarios que presentan fallos en los ámbitos de la adherencia, autocuidado y/o inasistencia reiterada (usuarios que "se portan mal" de acuerdo al lenguaje de los profesionales). Éstos son derivados por los médicos tratantes.

En su mayoría (más de un 90%, de acuerdo a su apreciación), las atenciones que realiza el consejero son de una sesión, escasamente se deriva a una segunda, a no ser que el usuario presente dificultades en la adherencia al tratamiento, manifieste un estilo de vida disfuncional respecto del tratamiento o tenga reiteradas inasistencias. Cabe reflexionar sobre el apego del consejero al número de sesiones estipulado por el Modelo: de una parte, debe tenerse en cuenta que la presencia de la psicóloga del equipo en una jornada completa –si bien en la actualidad no desarrolla consejería con la misma frecuencia- puede desincentivar la construcción de vínculo con aquellos usuarios que demandan más sesiones; por otra parte, la profesional referida estuvo en la elaboración del Modelo Asociativo, por lo que puede esperarse un estímulo al seguimiento riguroso del esquema de sesiones y derivaciones.

El consejero trabaja sobre las temáticas solicitadas por el profesional que deriva en la ficha respectiva, que en un alto porcentaje responden a promoción del autocuidado y adherencia a TARV. Los médicos atienden un promedio de setenta usuarios semanales, de los cuales son derivados a consejería dos a tres por facultativo; los profesionales estipulan un día a la semana para atención de familiares de PVVIH, la cual se realiza respondiendo a demanda de

los usuarios, de los cuales, una parte importante mantiene a su familia al margen del diagnóstico.

III. Análisis del Proyecto desde sus gestores.

3.1 Procesos internos

a) Asociatividad

Tomando como base la definición establecida en el Modelo Asociativo[113], puede afirmarse que la práctica del Proyecto en el Centro Hospitalario Norte cumple este parámetro de modo satisfactorio. Efectivamente, existe un espacio de coordinación y retroalimentación, dado por un conjunto de indicadores: la participación del consejero entre pares en las reuniones de equipo de atención integral; la implementación de un sistema de derivación; la presencia de una modalidad de discusión de casos que si bien informal, funciona a satisfacción de los integrantes del equipo.

Con todo, cabe definir el modelo de relación entre actores como uno de *complementariedad*. Desde los profesionales, el vínculo es definido como un refuerzo de la labor desarrollada por el equipo de salud, donde este último ocupa el eje protagónico de la prestación. No existe un discurso compartido sobre el rol de los consejeros entre pares, el cual es definido alternativamente como "educación", "voluntariado" y refuerzo subjetivo a la adherencia. Para esta perspectiva, la incorporación del consejero entre pares implica un beneficio para el equipo de salud en la medida que instala una mediación o puente entre los usuarios y éste –nuevamente como eje protagónico–, que en última instancia redunda en beneficio del usuario, haciendo más pertinentes los refuerzos a la adherencia. En este caso, la noción de mediación debe ser entendida como aumento de 'pertinencia' de la prestación.

> *"cumplen un rol educativo, una labor asistencial" "Han sido muy importantes en el acercamiento del equipo de salud a los usuarios"*
>
> *"Han contribuido a humanizar al equipo de salud", "es un beneficio mutuo ellos apoyan nuestra labor y nosotros los apoyamos a ellos, pero el gran beneficiado es el usuario" (Encargada Centro de Atención Integral)*
>
> *"los chiquillos refuerzan nuestra labor, sobre todo en lo que tiene que ver con adherencia" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Uno de los campos de percepción de aporte de los consejeros por parte de los profesionales de la salud tiene que ver con un efecto que podríamos denominar 'fortalecimiento de red', esto es, la percepción de que la adherencia de los

[113] "La Consejería asociativa es un espacio de coordinación y retroalimentación entre los consejeros/as del equipo de atención integral y los consejeros/as entre pares, con el fin de potenciar y complementar los efectos de las intervenciones de cada uno en consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria a las PVVIH. Se desarrolla a partir de un programa de trabajo conjunto que considera la coordinación entre la consejería de los equipos de atención integral y la consejería entre pares que se implementa en cada Centro de Atención Integral a PVVIH que participa del proyecto".

usuarios dependerá –en lo que a la prestación refiere- a la densificación de la red de atención-. Desde este punto de vista, la incorporación del consejero entre pares incorpora un nuevo nodo o punto focal de red que fortalece la capacidad del sistema para servir de soporte a la adherencia del usuario y genera en éste una mayor adherencia hacia el programa en su conjunto.

> *"yo creo que sí es un aporte, más en términos de constituir, como primera instancia, una red más…hay usuarios que hacen muy buenos vínculos, en general con todo el equipo o con algún integrante y ahí estoy incorporando efectivamente a los consejeros, …Hay consultantes que buscan a un consejero particular…sin que eso implicara necesariamente una cosa más dependiente ,sino que…el haber desarrollado la confianza con esta persona que en algún minuto me ha acogido, me… aportó" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Junto a la valoración técnica, existe un segundo campo de legitimación, que puede denominarse político, donde la noción de mediación viene a significar un mecanismo de resolución de conflictos entre los usuarios y el equipo de salud. En este caso, el consejero entre pares juega un rol de fiscalización de la calidad de la atención y permite que la coordinación desde el equipo de salud juegue un rol más 'neutro' en el control de sus pares –especialmente si son superiores en jerarquía y alternan responsabilidades administrativas y atención de usuarios-. Se reproduce así el paradigma que domina la relación simultánea de conflicto y complicidad que caracteriza el vínculo entre Estado y Sociedad Civil en el campo del VIH/SIDA.

> *Mod.: … esta doble dimensión del consejero que es articular control ciudadano y una oferta de atención ¿ha generado problemas entre ustedes?*
>
> *Desde mi mirada, no, incluso, incluso fíjate que en algunos casos yo lo he visto como algo…bastante beneficioso para el consultante… por ejemplo, si yo se de un maltrato de alguien del equipo para con un consultante…yo no me siento con la fuerza para yo parar a este profesional…en esos casos siento que la labor del consejero es crucial como apoyo pa'l consultante…Yo trato de tomar una postura mas neutra.*
>
> *Mod.: que las instituciones hagan su rol…*
>
> *Sí, sí…porque me ha pasado que el consultante tiene toda la razón de reclamar por algo pero por otro lado también me siento desleal (…) Ahora… hay otras cosas que son como mas delicadas (ríe), no se po'a ver… por ejemplo que esté involucrada la jefatura del equipo…pa' mi es complicado" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Cabe tener en cuenta que la doble articulación de funciones en la figura del consejero entre pares puede representar un potencial factor de disrupción en la medida que tiende a reemplazar las funciones propias de la agrupación local de PVVIH. Esto, en cuanto el consejero se independiza de su rol de portavoz de la agrupación y pasa a tener vocería propia ante el equipo de salud.

> *Mod.: ¿quién cumplía esa función cuando no existía el consejero*
>
> *Nadie po', la agrupación Vida Optima…(Psicóloga, Coordinadora local)*

Existe consenso en subrayar la calidad de las relaciones interpersonales como un campo decisivo que favorece "una integración plena"; en ese sentido, la confianza y cercanía juegan un rol que refuerza el sentido de identidad compartida, llegando incluso a la incorporación del consejero en las instancias

informales del equipo (celebraciones, salidas etc). Este rasgo no es atribuido a una cuestión política sino a un factor situacional: la calidad de la relación entre los actores que comparten un mismo campo de práctica cotidiana sería la base que posibilitó la instalación misma de la consejería entre pares.

> *"Se ha dado naturalmente entre todos, consejeros y equipo de salud, una muy buena integración técnica y afectiva" (Encargada Centro de Atención Integral)*

> *"de alguna manera ha resultado esta asociatividad entre nosotros como sociedad civil y el equipo médico…no se había dado nunca…es más que un tema de VIVO POSITIVO, fue un tema de nosotros, creo, instalar la consejería acá. No fue fácil." (Consejero, Coordinador Local)*

En consonancia, el consejero afirma que ellos se ganaron un espacio y ahora son valorados y respetados, se siente muy bien integrado, la derivación funciona, su participación en las reuniones de equipo es valorada, existen instancias formales e informales de apoyo a su labor desde el equipo de salud, se integra a las discusiones, percibe buena disposición ante sus dudas, frente a las solicitudes de atención especial a ciertos usuarios etc.

> *"yo hoy siento que todas me valoran y respetan mi trabajo" (Consejero, Coordinador Local)*

La valoración del aporte técnico pasa por reconocer el núcleo de sus competencias: un modo de organizar la articulación de habla y escucha que produce un efecto virtuoso que descomprime la tensión del sistema, especialmente en la relación de los usuarios con los profesionales del área biomédica. En ese sentido, se reconoce una experticia compartida: la capacidad de generar un contexto de escucha que permite a los usuarios explayarse en ámbitos de su intimidad que no emergerían con otros profesionales (lo cual depende también de la calidad de la relación con el médico tratante).

> *" en la primera entrevista, en general la persona ya me conoce porque hice el ingreso, sobretodo la gente más nueva en el programa, hay una actitud bastante… en general espontánea, cercana, la persona logra manifestarte cosas bastante íntimas…que probablemente no hablarían con el médico me imagino…especialmente cuando se trata de cómo están en la sexualidad con alguna pareja, el tema de querer o no querer usar preservativo, querer o no querer tener un hijo…esos temas los plantean de manera… más abierta, por lo menos conmigo…tengo la impresión que con el consejero también y con el resto del equipo, quizás no, a no ser que haya buen feeling con el médico tratante…" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Con todo, algunos integrantes del equipo de salud mantienen una posición de cautela en lo relativo a los límites de la integración del Consejero entre pares al equipo de Atención Integral. Persiste la idea de que su incorporación al equipo podría ser sólo una formalidad del Proyecto de "consejería asociativa" y no una plena membresía. A juicio nuestro, son los límites del modelo de asociatividad por "complementariedad".

> *"…este sistema es muy…obstaculizador de que se integren personas que no son del servicio" (Psicóloga, Coordinadora local)*

"Yo creo que los consejeros pueden aportar mucho más...pero no sé si el resto del equipo lo visualiza así... o si permiten la participación sólo por un tema de respeto" (Psicóloga, Coordinadora local)

"una cosa es permitir la participación por un tema de respeto, por un tema de formalidad por que así está establecido desde CONASIDA y entonces hay que efectuar la actividad o por que realmente se cree en lo que está aportando el consejero" (Psicóloga, Coordinadora local)

b) Derivación

Uno de los indicadores claves del Modelo Asociativo es la existencia de una derivación de usuarios desde el equipo de salud hacia el Consejero entre pares. Desde este punto de vista, los profesionales responsables indican un alto grado de frecuencia y pertinencia en la utilización del formulario de derivación.

"siempre lo mandamos con ese papel, además ahí solicitamos al consejero lo que necesitamos que refuerce con el usuario, la ocupamos siempre" (Encargada Centro de Atención Integral)

Parte importante de la voluntad asociativa se manifiesta en la plena incorporación de los instrumentos de funcionamiento y control del Proyecto, sobre todo teniendo en cuenta la significativa carga de instrumentos de registro y derivación con que deben trabajar los profesionales de la salud. Este hecho demuestra la disposición a colaborar con la labor del consejero: no hay resistencia a incorporar nuevos procedimientos e instrumentos.

Asimismo, el flujograma de atención establece que con posterioridad a la primera entrevista o primera acogida -realizada por la psicóloga-, se deriva a todos los pacientes para tener un encuentro con el "consejero entre pares". En complemento, las paramédicos y administrativas cumplen una permanente difusión de la labor del consejero entre los usuarios.

"La psicóloga le cuenta a todos los usuarios, que existe esta consejería conmigo" (Consejero, Coordinador Local)

"en el ingreso como te decía… le digo a la persona…cómo está la temperatura y ahí le digo mira, después vas a tener una entrevista con la asistente social, el consejero de par, eso es como… está ahí…instalado ya en el discurso del ingreso" (Psicóloga, Coordinadora local)

Cabe tener en cuenta la importancia de la organización del flujograma de atención para la viabilidad del Proyecto: en la medida que la primera entrevista es realizada por una profesional sensibilizada en las virtudes de la consejería entre pares, aumenta la posibilidad de derivación y asistencia efectiva por parte del usuario.

En complemento a la prestación brindada en el momento que rodea la primera entrevista, las doctoras derivan a pacientes que están fallando en su adherencia a consejería asociativa. Desde esta perspectiva, el Consejero entre

pares aparecería como un actor que cumple la función de 'poner en orden' a los usuarios 'descarriados'. A la base, está la confianza en la labor del consejero en tanto soporte psicosocial de la adherencia.

> *"derivo principalmente cuando los pacientes se portan mal con los medicamentos..." (Encargada Centro de Atención Integral)*

La introducción de los tratamientos antiretrovirales introduce un cambio cultural en significado de la pandemia, provocando el desplazamiento desde el significado VIH/SIDA = muerte, a la noción VIH/SIDA = enfermedad crónica. La cuestión de la reorganización subjetiva posterior a la notificación y al inicio de la ingesta de medicamentos resultan hitos fundamentales para el potencial de adherencia del usuario. En este punto, se perciben diferencias en las capacidades de los usuarios, las que están definidas generacionalmente: serán los usuarios más jóvenes los que incorporarán mejor la nueva pauta de vida.

> *"hay harta…deficiencia en esto de la calidad de vida y de cómo el paciente está… viviéndose su propia vida y como está sobrellevando esto, venir cada mes a control o cada tres meses, el tema de los medicamentos…" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

> *"…el visualizarlo como una enfermedad crónica…sí se está incorporando… especialmente en los grupos mas jóvenes, en las personas mayores cuesta más {Mod: ellos vivieron la catástrofe de los años ochenta ¿no?...} Exacto…Con mucho mito, mucho prejuicio…en cambio la gente más joven… internalizan más fácilmente o con mayor rapidez esto del VIH como enfermedad crónica" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

Por otra parte, los modos de procesar las crisis de los usuarios son indicadores de la existencia de un esquema de derivaciones entre los diferentes actores del equipo, el cual incluye al consejero entre pares a propósito de los temas de reforzamiento de la adherencia. Lo que se construye de modo informal es un conjunto de ámbitos de especialización, donde unos ven ciertos temas con mayor frecuencia que otros. En este modelo, la actuación del consejero entre pares aparece como soporte de las diversas atenciones especializadas asumiendo un símil del médico generalista, esto es, ser un puente de sentido entre las diversas prestaciones

> *"Cuando un paciente está muy mal emocional o Psicológicamente, lo veo yo (psicóloga), si está crítico en su adherencia se lo deriva al consejero, si su estado de salud está muy deteriorado, lo ve de urgencia alguna de las doctoras..." (Psicóloga, Coordinadora local)*

Dicha función también es servida por la psicóloga del programa, que a su vez tiene el cargo de Coordinadora local del Proyecto desde el equipo de salud. Cabe resaltar un hecho: la pauta de derivación sugerida por la profesional, si bien connota la confianza en las capacidades del consejero, al mismo tiempo implica una percepción del mismo como un recurso a la mano para 'descomprimir' la demanda de atención.

> *"cuando la persona requiere más contención emocional lo veo yo, ese es mi fuerte, y cuando es consejería en prevención secundaria, uso correcto del preservativo en general derivo a la matrona...cuando es terapia o me estoy viendo pillada en los tiempos para trabajar autocuidado derivo al consejero" (Psicóloga, Coordinadora local)*

c) Análisis de casos

Recordemos que el Modelo Asociativo establece la instalación de un espacio de coordinación técnica entre ambas consejerías, la del equipo de salud y la que se realiza entre pares. En el caso del Centro Hospitalario Norte, no obstante no existir una instancia formal de análisis de casos trabajados por el consejero u otro profesional, existe la percepción de que la reflexión sobre la práctica está presente en el modelo cotidiano de trabajo del equipo asociativo. En el campo de la gestión de aprendizajes, este modelo se denomina "comunidad de práctica" y designa un conjunto de personas que comparte un mismo campo de actuación y está comprometida con derivar aprendizajes informales (emergentes del propio ejercicio de la prestación). No es posible instituir comunidades de práctica a partir de un reglamento: ellas forman parte de la construcción de un sentido de grupo y misión conjunta, base a partir de la cual pueden fluir las conversaciones cotidianas con las que un grupo humano va construyendo un modo peculiar de encarar una determinada modalidad de trabajo social, en este caso una relación de ayuda con poblaciones vulnerables y socialmente estigmatizadas.

> *"los casos se analizan día a día, de acuerdo a los que se vaya necesitando" (Encargada Centro de Atención Integral)*
>
> *"siempre están las puertas abiertas" (Psicóloga, Coordinadora local)*
>
> *"¿El tema técnico? Sí, es que igual uno los va aprendiendo en los talleres y también lo va aprendiendo acá con la conversación con los médicos, la psicóloga, en las reuniones de equipo" (Consejero entre pares, Coordinador Local)*

Los participantes señalan que esta modalidad de trabajo ocurre con bastante frecuencia y de modo espontáneo: en la conversación sobre uno u otro usuario entre sesiones, en la sala donde están las fichas etc.,

> *"no falta espacio para coordinarse" (Encargada Centro de Atención Integral)*

Lo que habla de una voluntad para coordinarse, más allá de formalidades que darían un marco más protegido de articulación: de acuerdo a los actores, esta modalidad de vinculación informal les funciona. Del mismo modo en que resuelven el box de atención para la consejería.

Uno de los puntos que permanece pendiente es el tema de la calidad, esto es, dado cierto grado de fortaleza de la relación asociativa, el sistema debería introducir algunos mecanismos e indicadores cotidianos para testear la calidad de las prestaciones ofrecidas por ambos tipos de actores, entre los cuales existe cierto pacto de no agresión o cuestionamiento de la calidad de las respectivas prestaciones. Instalar el tema de la calidad de ambas consejerías en los lugares donde hay una relación asociativa fuerte sería un paso superior en términos de transversalización. No obstante en el Centro Hospitalario Norte se implementa un incipiente sistema de triangulación entre los profesionales y el consejero -propio de una comunidad de práctica-, la tendencia es a mantener una cohabitación amistosa, sin mayores cuestionamientos y con una sutil supervisión, no invasiva, implementada sobre la base de establecer una

relación colaborativa y de la confianza en el respaldo institucional de los consejeros.

> *"En el caso de la consejería asociativa no se, con el consejero la verdad es que abordamos algunos temas de consultantes, pero en términos más bien… generales, no nos vamos al detalle ni de lo que él ha hecho ni de lo que yo he hecho sino más bien las temáticas que se trabajaron, eee…si era conveniente o no derivar a otra especialidad… o requerimientos médicos como devolverlo a otro profesional, en fin… cosas más amplias…"*

> *"yo le preguntaba al consejero como le había ido con el consultante, la técnico le preguntaba a la persona ¿y cómo te fue con el consejero? Pero yo me comunicaba en esos términos con el consejero, lo mismo la asistente, entonces como que cierta comunicación entre ambos, por algún caso en particular, era como muy del momento nada más y ahí quedaba en general, honestamente ahí quedaba"*

> *"yo no hacia ningún tipo de supervisión sobre el trabajo de los consejeros, tampoco venía un externo a supervisar el trabajo…era como el confiar que ellos estaban siendo …apoyados y supervisados en el Vivo Positivo…y como te decía también …de manera informal, consultando al… por lo menos de mi parte, al consejero bueno y cómo te fue con esta persona, pero no más allá …Bueno en general las impresiones fueron buenas y de hecho…{Mod.: las malas noticias son las que primero se saben…} Exacto, claro. En todos estos años en que ha habido consejería asociativa acá, consejería de pares, no recuerdo ningún caso que algún usuario se haya quejado de algo respecto a la atención en consejera de pares, por el contrario" (Psicóloga, Coordinadora local)*

d) Instrumentos de Proyecto

La instalación del Proyecto marca la formalización de un conjunto de instrumentos de registro y control administrativo. Desde los actores de una estrategia de trabajo que funcionaba previamente, se aprecia la marca del advenimiento del fondo global como una transformación en la práctica de la consejería –que adquiere sus actuales ribetes técnicos como prestación-, lo que trae un énfasis en la fiscalización del cumplimiento de indicadores de cobertura. Lo anterior se expresa como un antes y un después: una transformación de la práctica del trabajo asociativo y la prestación de la consejería entre pares: llegan los recursos y con ellos, el control del rendimiento.

> *"Claro, es que antes del Fondo Global, era… Es que con los temas del Fondo Global ahí empezaron todo este tipo de estructuras, fichas, materiales…porque ahí había también un tema económico, estaban las condiciones dadas…porque antes la consejería funcionaba…más como…por una cosa de educación, nada más" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

Junto con referir ciertas inconsistencias en el uso de la ficha de derivación por parte del personal de salud, desde el punto de vista del consejero los instrumentos no juegan un rol de retroalimentación hacia su práctica o hacia el equipo asociativo, sino más bien son percibidos como un dato que se construye para otro. Frente al énfasis fiscalizador percibido desde el nivel central, se fundan una serie de microresistencias del consejero respecto de los componentes administrativos del Modelo: en este ejercicio, prima el saber del consejero respecto de algunas formalidades del proyecto: los instrumentos se usan para cumplir el compromiso ante el Fondo Global y quedar así listo para el trámite del pago.

"MOD: ¿Y utilizan ese formato de derivación?

V: Lo utilizamos, pero a veces como es por omisión de ellos, pero generalmente sí se utiliza y la sicóloga sí solicita abordar los siguientes contenidos…

MOD: Esos criterios ¿Quién los definió?

V: Estas fichas… entre CONASIDA y… Vivo Positivo, no sé…nosotros recibimos las guías no más, no tenemos…

MOD: Y ¿Funciona bien?, ¿Los 21 temas son adecuados?

…la generalidad… sí funciona porque hay gente, que necesita apoyo emocional, entonces, claro, aquí uno especifica el apoyo emocional que le hizo

MOD: ¿Tú trabajas con esto, te sirve, o no, más bien ya tienes tu propio sistema?

No, me sirve, sí me sirve, pero yo anoto los, las consideraciones más importantes las voy anotando……es que es como una cosa estadística para, de CONASIDA…

MOD: Además que tu ya tienes tu sistema de trabajo que, que ya funciona más bien automáticamente, me imagino, por la experiencia (…) a lo mejor a gente más principiante es más así como a la par de la letra, de la ficha…

Sí, yo no, no… No pesco mucho…" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

Lo que se expresa a la base es la coexistencia entre una pauta de trabajo formateada a partir del Modelo y el esquema de actuación construida por el propio consejero a lo largo de su práctica de atención. Resulta fundamental cotejar los instrumentos a la luz del saber sobre los mismos construido por el consejero para establecer la diferencia entre lo fundamental y lo accesorio en la operatoria del Modelo.

Por su parte, la batería de instrumentos del Proyecto, es percibida con cierta lejanía por los profesionales, en la medida que trasuntaría un interés de fiscalización que no se condice con la demanda de acompañamiento formulada a los equipos nacionales del proyecto. En su opinión, los instrumentos –o el énfasis actual del Proyecto- apuntarían a una función burocrática, de control de cobertura, no apuntando a la calidad de los procesos y perdiendo la esencia asociativa del Proyecto, en la medida que no son objeto de retroalimentación o conocimiento para el equipo integrado. A la base, persiste un modelo de trabajo basado en una interpretación del respeto que podemos definir del siguiente modo: "yo no te toco y tú no me tocas". Confianza básica.

"los registros los conocí cuando llegaron…" (Psicóloga, Coordinadora local)

"se pierde información, en cómo está estructurada esa pauta de registro… no se va a la cosa cualitativa. Ahora, una pauta ya llenada, nunca he visto. No pasan por mis manos. De hecho fue un tema que en algún minuto hablamos con el Rodrigo Lagos, del CONASIDA…quedó medio sorprendido, que yo no conociera el registro de ellos, le digo que pa' mí era un tema natural, en el contexto del respeto por el trabajo del otro, no meterme en el registro de ellos, así como ellos no se meten en el mío, es esa mi lógica, ¿Me entiendes?" (Psicóloga, Coordinadora local)

Cabe reflexionar sobre una cuestión de fondo: los mecanismos de generación de aprendizajes, para los cuales el conjunto del instrumental resulta –o debiera resultar- un insumo. Llevar adelante un plan de consejería centrado en el incremento progresivo de la calidad, implicará superar esta lógica de respeto y/o confianza básica que está a la base de la relación al interior de los equipos profesionales y tender a su reemplazo por una ética diferente, centrada no tanto en la integridad de los equipos sino en el bienestar del usuario, enfatizando el carácter argumentable, criticable, de la práctica de la consejería. Esta transformación requiere un esfuerzo por establecer un referencial consensuado de competencias que permitan interrogar o medir la calidad de la implementación de los actores de ambas entidades.

e) Capacitaciones

Vinculado a lo anterior es la relación con el principal recurso del Modelo en términos de construcción de aprendizajes: las capacitaciones realizadas en el contexto de los talleres nacionales. Éstos, si bien son una instancia valorada de actualización de conocimientos, son demandadas en su diseño para asegurar mayor dinamismo en la entrega de contenidos y los procesos de participación, en la perspectiva de construir un contexto propicio para generar aprendizajes significativos.

> *"largas…horas y horas sentados, hasta es poco saludable…habría que ponerles más dinamismo…Incluyen muchas cosas en una misma jornada de capacitación". (Consejero, Coordinador Local)*

Desde los profesionales de salud se valora la experiencia de la capacitación conjunta como un modo de impulsar una estrategia de integración de equipo. El proceso que se daba en las capacitaciones continuaba en las reuniones habituales del equipo.

> *"cuando se empezaron a hacer las capacitaciones…favoreció que participaban el equipo de salud y los consejeros de pares, entonces ya las capacitaciones están formando una asociatividad y después en las otras reuniones se compartía la experiencia, ¿Te fijas?" (Psicóloga, Coordinadora local)*

Una de las demandas de capacitación se relaciona con la cuestión del duelo. Esto es relevante porque trasunta una transformación cultural: si hace cinco o siete años atrás la noción de duelo aludía claramente a la sensación de vacío generada por la pérdida de seres queridos producto de la pandemia (y esta noción mantiene una presencia importante), en la era de la triterapia viene a identificar –metafóricamente- la necesidad de 'nacer de nuevo': la reorganización de la biografía que sobreviene con posterioridad a hitos como la notificación o el inicio de la ingesta de medicamentos: una línea que marca la necesidad de transformar los estilos de vida en torno a una condición crónica como es el VIH/SIDA. Asimismo, está el "complejo del sobreviviente", esto es, la sensación de soledad que marca la diferencia de los que alcanzaron a acceder a triterapia y los que quedaron en el camino. De allí, la cuestión de la muerte, el duelo, es demandada como un emergente de la capacitación.

> *"si bien se ha tocado, pero habría que trabajarlo mucho más en profundidad" . (Psicóloga, Coordinadora local)*

"uno se encuentra mucho con el tema de la muerte…a mi también se me ha muerto mucha gente (Consejero entre pares, Coordinador Local)"

f) Autocuidado, Apoyo psicológico

En lo que constituye tal vez, una de las promesas más sensibles del Modelo, se establece un componente de acompañamiento psicológico y apoyo en aspectos técnicos. No obstante los profesionales y el consejero entre pares valoran la actividad realizada en materia de trabajo en equipo, resienten el hecho de tener que autogestionar espacios y estrategias de autocuidado.

"yo me financio mi autocuidado, fuera de lo que es mi tiempo laboral" (Psicóloga, Coordinadora local)

"MOD: Instancias de autocuidado, como consejero, ¿Tienes?

V: Pero eso son como muy personales, son mías…" (Consejero entre pares, Coordinador Local)

Con todo, en el discurso de los entrevistados esta demanda sólo emerge ante la consulta específica, por lo que no estaría plenamente integrada en la cultura de los actores del programa. Esta situación resulta paradójica, en la medida que los actores evalúan su labor como altamente desgastadora en el plano emocional.

"vemos uno y otro caso difícil, cargar con lo que les pasa a los usuarios...., es difícil separar los planos, nosotros contenemos y necesitamos que nos contengan... y eso supuestamente estaba contemplado pero no pasó nada" (Consejero, Coordinador Local)

Cabe señalar que el Consejero entre pares mantiene la idea que el modelo contemplaba un apoyo psicológico permanente, al estilo de supervisión y contención profesional. En términos generales, existe consenso en definir la falta de un soporte adecuado de cuidado profesional como uno de los puntos más sensibles del Proyecto Asociativo, lo cual se expresa en una paradoja: en un programa cuyo objetivo es promover una conciencia compartida de cuidado y mutuo cuidado, sus gestores terminan desarrollando estrategias individuales para resolver el mismo punto respecto de sí mismos.

g) Enfrentamiento de crisis

Uno de los elementos propios de la gestión local del Proyecto se relaciona con las modalidades de gestión de conflictos que se van construyendo de acuerdo a los niveles e instancias establecidas por el Proyecto y a partir del modo de resolver el trabajo cotidiano en el equipo asociativo. Las salidas a los conflictos evidencian tanto los recursos o características institucionales como los perfiles de las personas involucradas en una relación.

En el caso del consejero, es importante observar un esquema localizado de resolución de controversias, esto es, una modalidad de conciliación cuya operatoria ancla sus canales y recursos institucionales en el nivel local,

evitando la tendencia a la “nacionalización de los conflictos”, propia de una estructura operativa que no tiene niveles intermedios (los conflictos locales trascienden inmediatamente al nivel nacional). Por el contrario –y eso habla de la fortaleza de la relación local-, el consejero valida el espacio interpersonal, de equipo y en última instancia los planos locales de jerarquía como mecanismos pertinentes de resolución de controversias.

> *MOD: Si tienes algún conflicto acá en el CDT, en tu labor de consejero, ¿Cuál es la instancia a la que te diriges?*
>
> *V: …voy directamente y hablo con…Si tengo problemas con la sicóloga, lo hablaré con ella directamente, y si es con la doctora, también.*
>
> *MOD: Pero si te pasara que tienes muchas dificultades con los box, o has tenido algún encontrón con alguna doctora…*
>
> *V: Voy a la dirección de salud no más poh, y ahí hablo.*
>
> *MOD: o sea, tienes como más autonomía, no necesariamente tiene que ser con la doctora Burdiles o con la sicóloga ¿O sí pasan cosas por ella, o las llevas a las reuniones del equipo de salud?*
>
> *V: Yo creo que se puede poner en la mesa y es una buena instancia, el equipo de salud.*

Pero al mismo tiempo aquí se expresa otro de los rasgos individuales que hacen a la relación asociativa, en este caso, la resiliencia del consejero, cuya capacidad adaptativa y sentido de la responsabilidad le permite sortear las dificultades institucionales y personales, apoyado en los recursos del medio.

> *“MOD: Pero ¿Tú tienes dificultades?*
>
> *V: No, no las tengo. Trato como de adaptarme, de alguna manera… a la situación, a lo que tengo en la mano…”*
>
> *“Yo también tuve un tema de un duelo…Mi padre se me murió y no tenía canas, entonces fue un dolor muy fuerte…y aún así seguí... es un tema de fortaleza individual, y de ver qué pasa con tu propio contexto, con tu propia vida y de yo tengo que seguir haciéndole consejería a las personas… podría haberme sumido en una tremenda depresión por la muerte de mi padre, y eso era absolutamente válido y legítimo, pero intenté ver por otros lados y ver otras cosas…creo que es más resiliencia…Yo soy el más antiguo, el que ha resistido todo…” (Consejero, Coordinador Local)*

En el caso de la Coordinadora Local, se manifiesta una relación conflictuada con la agrupación que implica un antecedente problemático para la dinámica del Modelo Asociativo. Aquí, el mecanismo –previo a la instalación de la consejería asociativa- consistía en la suspensión de interlocución con la agrupación local y su reemplazo por un diálogo directo con el nivel nacional de VIVO POSITIVO. Asimismo, con la instalación de los consejeros –previa al proyecto del Fondo Global- se genera un esquema problemático de alianzas, toda vez que los consejeros se acercan al equipo de salud y la dirigencia de la agrupación permanece en una posición de conflicto. En medio del conflicto por el tema de la disponibilidad de medicamentos, el juego de hacer alianzas con los consejeros aparece como un eje de actuación que genera mecanismos que terminan excluyendo a la agrupación del campo de relaciones asociativas.

"no se si antes o después o en el transcurso de este trabajo de los consejeros, {hubo} por mi parte, un quiebre entre el equipo de salud y la agrupación Vida Óptima …yo me relacionaba más bien con la gente de Vivo Positivo que con el presidente de la agrupación… directamente me saltaba a Vivo Positivo {era el tiempo de la crisis de cobertura de medicamentos} …el esfuerzo que se hacía desde acá de la farmacia…lo que se dio es que la directiva de la agrupación del Vida Optima se daba todo lo contrario, eso dificultó el trabajo pa' la químico, pa'l equipo y pa' los consejeros que estaban en ese momento… venia aquí el presidente, se instalaba en el pasillo les decía {a los usuarios} oye aquí…con los remedios hay que hacer algún tipo de protesta, es que no puede ser que te entreguen los remedios cada quince días, tienes que reclamar ¿te fijas? …era una constante lucha con el discurso de la agrupación versus…eee…la postura…

Mod.: los consejeros.

Claro, exacto, los consejeros, acá el equipo y bueno, principalmente la químico. (Psicóloga, Coordinadora local)

La situación de confrontación –en términos institucionales e individuales- marca la relación entre el equipo de salud y la agrupación. Un nuevo episodio se presentó a propósito de uno de los mecanismos que se generó para avanzar en la resolución del conflicto referido consistió en la creación de un Comité de Medicamentos. Nuevamente, el esquema de salida –generado sin intención-, redunda en la exclusión de la agrupación de una dinámica de trabajo colegiada donde los representantes del sector salud tienen mayoría. Cabe reflexionar aquí sobre el estilo de gestión al interior de un organismo colegiado: éste permanece mientras dura el espíritu de trabajo colaborativo; frente a una diferencia, se reinstala el juego de mayoría-minoría donde la agrupación pierde poder y termina presa de esta práctica de 'patear el tablero', en que los actores del sector salud predominan.

"{se crea el Comité de Medicamentos}…{por un tema de} transparencia {se propone} que participe el representante de la agrupación. Al principio participaba el presidente de la agrupación, se bajó. Y analizábamos ficha clínica, nos manejábamos con el código y con criterios que fuimos elaborando en común, principalmente la asistente social y él …se fue trabajando un buen tiempo muy bien con el Vida Óptima, hasta que llega un día en que se genera… una interpretación errada por parte de un consultante¿Te cuento el detalle? …llega el consultante, y lo recibe el presidente del Vida Óptima y me lo refiere, para confidenciarme que había abandonado la terapia. Ahora, yo sabía porque el Aquiles es muy ordenado…lleva el registro de todas las personas y ahí sale cuando hay lagunas …entonces llega esta persona derivada por el presidente y entonces le digo "Mira vamos a tener que hablar con el médico porque éltiene que definir esto, seguramente se le van a hacer exámenes, o tal vez se retome la misma terapia, hay que preguntarle a él". Y seguimos ese curso. Y a la semana aparece el presidente que me dice que yo transgredí la confidencialidad de la información de esta persona… ¿Cómo voy a preguntarle?, porque hay un tema médico que yo no puedo resolver, no me compete, yo no le puedo reiniciar la terapia. Entonces me dice que el consultante le dijo que yo le había suspendido la terapia, y yo no tengo la facultad…finalmente, se aclaró, y yo entendí que el presidente había entendido… pasa un tiempo y a la siguiente reunión del Comité {MOD: ¿Qué funcionaba paralelo a la consejería?} En ese rato todavía no estaba la consejería instalada y bueno el tema es que {el presidente} retoma esa situación…porque yo empiezo a hablar de un consultante con el código cosa que habitualmente hacíamos…viene él y dice algo así como que por qué tanto secreto…si tú en tal ocasión…Y ahí yo quedé ¡plop!... nos fuimos en una discusión…y entonces le dije "¿Sabes qué?, yo no voy a seguir en esto, presento mi renuncia a este comité. Y la químico, y la asistente y la matrona que estaban ahí, totalmente mudas y observando…me dice "yo también renuncio, porque tu

no quieres entender que te están explicando y bla bla…" entonces, "Yo también renuncio", dice la asistente, y la químico y la matrona… entonces él viene, y se para, y dice, "Ah, ¡me están echando!"…ahí se quedó la cosa. Y él fue a acusarnos a la dirección, y detrás partió la asistente, a contar lo que había pasado" (Psicóloga, Coordinadora local)

Esta situación se torna compleja en la medida que los problemas tiñen las implicancias del propio trabajo comunitario. En un clima de conflictividad, queda la pregunta: el esfuerzo de trabajo comunitario en torno a la organización de un voluntariado ¿es un modo de evadir el conflicto con la agrupación o una consecuencia del propio trabajo de promoción?. De modo general, lo que se genera es una superposición entre los trabajos comunitarios de los profesionales de salud y la función de articulación social propia de un organismo de la sociedad civil como es la agrupación.

"MOD: ¿Nunca se ha retomado la interlocución técnica con la agrupación?

No…después de eso, el presidente de a poco empezó de nuevo a participar porque a todo esto, antes de esa crisis, con la agrupación, formamos un voluntariado, digo "nos" no porque se nos ocurrió en conjunto, a la asistente se le ocurrió esto de armar un voluntariado de personas que pudieran venir a visitar a los pacientes, que le trajeran insumos que requirieran, papel higiénico, artículos, etcétera…

MOD: ¿Previo esto a la consejería entre pares?

Antes, todo esto es antes de la consejería" (Psicóloga, Coordinadora local)

Por último, cabe señalar que a pesar que en la actualidad predomina la percepción de que existen pocas dificultades y/o conflictos, llama la atención que no sea señalado como una crisis la partida de dos consejeros y que permanezca sólo con uno de los actores históricos de la consejería entre pares.

3.2 Producto e impacto: la consejería entre pares

a) Organización de las sesiones: el saber del consejero

La conversación con el Consejero entre Pares permite caracterizar el perfil temático de sus intervenciones, en un contexto donde predomina una economía de la palabra: en la medida que son pocas las sesiones a las que asisten las personas –ello tiene que ver con la pauperización de la pandemia: la gente vive lejos del centro de salud o tiene pocos recursos para movilizarse- el consejero ha aprendido a organizar un menú que incluye ciertos temas fundamentales y el resto consiste en ajustarse a la pauta de necesidades del usuario.

El corazón del menú será diferente según el contexto de la entrevista:

- Si se trata de la sesión de ingreso al programa, se tendrá especial atención a la condición anímica del usuario y se dosificará la entrega de información sobre el funcionamiento del programa, la batería de exámenes y el vocabulario básico del campo (carga viral, CD4, entre otros) con la función de contención emocional.

- De acuerdo al consejero entre pares, por las razones mencionadas no es frecuente que se realicen las sesiones restantes establecidas por el Modelo (hasta cuatro);
- Como se refirió con anterioridad, existen otros hitos que abren nuevas sesiones de consejería: el inicio del tratamiento y los fallos en la adherencia.

> *V: …uno lo que más ve es promoción de autocuidado…Cuando una persona recién "tá" ingresando al programa…se dirige hacia lo práctico, qué batería de exámenes le van a hacer y…qué son las cargas virales…desde ahí se empiezan a guiar.*
>
> *MOD: y tienes un tipo de consejería pa' los que vienen a primera atención, y otro tipo de consejería cuando ya es…segunda, tercera, o cuarta vez…*
>
> *V: …claro. Por segunda, por tercera vez, es poca la gente, ¿Sabes por qué?,es gente que no tiene muchos recursos a la mano, venir pa acá…es re "complicáo" pa' ellos. … generalmente vienen a una, a dos, pero, generalmente a una, y no más que eso... Entonces…no es que se le abarrote la información… el ojo de uno ya va cachando que una persona que viene absolutamente incontenida no le podís dar tanta información …Uno calla y espera que te hable el otro, y que hable y que hable y a veces, que solamente hablen, y uno está ahí para escucharlos…*
>
> *MOD: Y ¿Tú dirías que la mayoría de las veces es una consejería de contención, o más bien de información, como para que ellos sepan cómo debe ser…?*
>
> *V: Generalmente es de información.*
>
> *MOD: Porque la gente no viene tan desbordada.*
>
> *V: No, El tema, como que lo palpan ya, o tienen algún amigo, algún referente… por lo menos saben el tema, y uno les va dando información… todas las guías…(Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

- Fuera de estas oportunidades, lo más probable es que si el usuario requiere nuevas sesiones sea derivado hacia algunos de los profesionales del equipo dependiendo del campo de demanda. Los profesionales son explícitos en reconocer el 'ojo' del consejero, esto es, su competencia para derivar adecuadamente. Ello se comprueba en el contexto cotidiano de la atención así como en las reuniones técnicas de equipo. Este punto es relevante pues representa un reconocimiento del saber del consejero, saber que emerge de la práctica, saber que debe ser escudriñado en la medida que resulta un poderoso aprendizaje de competencias.

> *"MOD: ¿hay algún campo específico en que los consejeros hayan demostrado mayor aporte con esas reuniones técnicas?*
>
> *…eee…especialmente en el apoyo psicosocial, en términos de la contención emocional y en términos de saber derivar ellos, también. Tienen buen ojo…*
>
> *MOD: Y ese ojo, ¿Cómo se formó? En la capacitación, en la relación con ustedes?*
>
> *No lo sé, no lo sé, lo desconozco… No sé, quizá ambos elementos, quizá las propias habilidades de ellos, no sé… Pero tienen buen ojo" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

El saber el consejero fluye de la práctica: es un saber situado, contextual, amarrado a la experiencia concreta con cientos de usuarios concretos. Como resultado de múltiples ejercicios prácticos de adaptación al menú de atención (que se configura a partir de los requerimientos de derivación definidos desde los profesionales, las demandas explícitas e implícitas del usuario y la propia apreciación del consejero sobre el estado del usuario), el consejero entre pares desarrolla la competencia de adaptar su pauta de intervenciones, potenciando la pertinencia de su actuación.

- La dosificación de las informaciones es un componente de su actuar: lo central es generar el contexto de escucha, donde el usuario se sienta acogido, no discriminado ni juzgado;
- Otra de las competencias consiste en favorecer y estar atento a la emergencia de los conocimientos de sentido común del usuario: la eficacia de los mensajes preventivos de la consejería se juegan en la capacidad de hacerse cargo de dicho saber, que opera la mayor parte de las veces como la principal barrera para la prevención (removiéndolos 'acogedoramente' con nueva información o ampliando las perspectivas del sujeto); en teoría, un buen consejero es un buen *judoka* y un excelente *payador*.[114]
- Esta competencia para actuar adaptándose al usuario es lo que hace de la consejería un sistema semiclausurado (no obstante tiene un menú de temas a tratar, está abierto a las emergencias del usuario y su circunstancia). Es lo que conduce a la consejería por un camino pertinente y eficaz.

> *"si bien hay una pauta y hay una solicitud de trabajar ciertos aspectos en la derivación, yo no soy tan rígido, si veo mal a la persona o si me plantea otros temas yo me adapto" (Consejero, Coordinador Local)*

- Otro de los elementos que caracteriza la experticia del consejero es un modo peculiar de utilizar la propia experiencia: un modo de introducir el testimonio sin que éste sea percibido como aleccionamiento y lleve a la consejería al fracaso por saturación del usuario: el 'consejo'. En ese sentido, la conversación del consejero sobre su experiencia como PVVIH será un modo de marcar el camino con un conjunto de señas posibles, que no son obligatorias sino indicativas de los dilemas que enfrentará el usuario en la vivencia de su condición.

> *"MOD: ¿Cómo encuentras tú que lo haces como consejero, cómo evalúas tu propio desempeño?*
>
> *V: Si bien es cierto… s, sí, es que a pesar de que no tengo tanta experticia técnica, pero por lo menos, hablo desde lo que… Yo siento en lo personal que hablo mucho desde adentro, y yo creo que se agradece.*
>
> *MOD: ¿Tú lo has percibido de los usuarios, que ellos te lo agradecen, te…?*

[114] El Judo es una de las artes marciales donde la excelencia radica en aprender a operar a partir de los movimientos del otro, utilizando los movimientos de la contraparte –su energía- para cumplir la propia estrategia de combate; por su parte, los payadores demuestran su maestría en el ejercicio de preguntas y respuestas y en los desafíos, consistentes en versar a partir de un 'pié' o 'verso' puesto por el contrincante: la excelencia radica en el ingenio de utilizar la palabra del otro para responderle.

V: Sí porque, claro, porque además a mí me tienen que llenar esta fichita…" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

- Desde esta perspectiva, esta la diferencia clave entre lo que el consejero denomina "tema técnico", que es objeto de un aprendizaje que combina espacios formales (talleres de capacitación) e informales (conversaciones con el equipo de trabajo, reuniones técnicas), y el saber de la consejería, que emerge del aprendizaje informal de la práctica.

  "¿El tema técnico?, sí, es que igual uno los va a prendiendo en los talleres, y uno también lo va aprendiendo acá, ponte tú, con la conversación con los médicos, con la conversación con la sicóloga, en las reuniones de equipo, entonces de alguna manera…" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

- El corazón de la consejería está puesto en la dimensión de escucha, que suele ser la principal falencia de los sistemas cerrados de transmisión de saber –como la escuela o el hospital-, esto es, los espacios que no se hacen plenamente cargo de la 'carga' subjetiva del usuario (su saber, sus inquietudes).

  "MOD: ¿Cuál dirías que es tu principal habilidad para trabajar como consejero?

  V: Habilidad, yo creo que es escuchar… Si porque hay gente que habla, habla y habla. Y yo estoy atento a lo que ellos hablan" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

- La dimensión de escucha enfrenta al Consejero con el principal desafío de todo educador: tener la capacidad para soportar el silencio e ir más allá: saber utilizarlo como recurso de trabajo. Sólo cuando hay 'escucha' puede haber habla pertinente: conversación.

  "MOD: Y eso también yo lo relaciono con la empatía, lo que tú decías hace un rato de, como de tener ojo de, cuándo hay que escuchar, cuando no es necesario escucharlo tanto y hay entregarles más información…

  V: El silencio es súper importante, dejarlos en silencio… Dejar que lloren, y yo tengo que contenerlo de alguna manera" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)
  "es muy importante desarrollar un buen ojo, percibir las necesidades del consultante"

  "a veces sólo necesitan desahogarse y que los escuches" (Consejero, Coordinador Local)

- Al mismo tiempo, la fortaleza de un educador está en la conciencia sobre sus propias carencias. Lo relevante es que éstas sean reconocidas por el sistema y que pasen a formar parte del menú de entrenamiento.

  "MOD: ¿Y tu área más complicada para ser consejero, como lo que más se te complica o te dificulta, hay alguna?

  V: A ver, el tema que me complica… El uso correcto del preservativo…no he sido nunca bueno pa'dar sesión de eso, porque tenemos dildos, entonces veo más lo de los dildos, pero…" (Consejero, Coordinador Local)

b) Percepción de impacto

La actuación óptima del Consejero entre Pares se produce a partir de una articulación de escucha y habla pertinente. En relación al segundo punto, se muestra otro de los núcleos de potencia de este tipo de consejería: no es cualquier tipo de habla sino una que fluye desde la experiencia de compartir la condición del usuario. Incluso donde el testimonio pierde su función interpelativa –acaso efecto de la saturación de *reality* show de nuestra cultura- la palabra testimonial del consejero mantiene su potencia para convocar al sujeto a asumir los dilemas de su existencia, apoyado en el recurso de su experiencia de vida, que le provee una sinopsis de su posible devenir. En definitiva, la potencia radica en su condición de saber que viene de otro, que transitó antes por el mismo camino del usuario: *conversa de gitanos, sin cuento posible*.

> *"los usuarios con los que más he sentido les ha hecho clic esto es a los que les ha hecho sentido mi experiencia, sin afán auto referente, por que no es esa la idea, los que se motivan a saber como enfrentar no sé, la familia, la vida sexual, etc, y me sacan el jugo en ese sentido" (Consejero, Coordinador Local)*
>
> *"hay usuarios que enganchan y otros que no, vienen, escuchan y sería todo, tal como lo hacen con las doctoras, pasivamente" (Consejero, Coordinador Local)*
>
> *(…) "V: creo que los consultantes igual algunos se van como bien… uno habla desde lo que le pasa a uno y eso no tiene mucho alcance… Pero ponte tú, cuando hablamos de tratamiento antirretroviral nosotros sabemos los efectos secundarios de la terapia…*
>
> *MOD: Que es la importancia de trabajar siendo par, ¿Verdad?*
>
> *V: Claro, a la hora de instalarles el tema, no es ajeno a uno, uno lo transmite de la mejor forma posible y más allá de la cuestión técnica… como una experiencia propia, …Estar ahí con el tema trabajándolo sirve…Porque le apelas al hueso, al callo" (Consejero, Coordinador Local)*

La Coordinadora Local comparte la percepción de aporte de la consejería al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios en términos de fortalecimiento de la red de atención y apoyo. En esta visión, la confianza construidaentre el consejero y los usuarios es un factor refuerza la adherencia de éstos respecto del programa de atención integral.

> *"Yo creo que sí se da, yo creo que sí es un aporte, en términos de… constituir, como primera instancia, una red más, e…hay usuarios que hacen muy buenos vínculos, como de, de desarrollar confianza… con "tóo" (todo) el equipo y ahí estoy incorporando efectivamente a los consejeros, a… Hay consultantes… que buscan a un consejero titular" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

Uno de los elementos importantes de la consejería tiene que ver con la reconstrucción subjetiva. En el caso de la implementación de la prestación en el Caso Norte, el formateo de una o dos sesiones implica cierto relegamiento de este aspecto al trabajo con usuarios que tienen un nivel educacional que permite trascender los aspectos más informativos y entrar a la cuestión del sentido de la vida bajo la nueva condición.

> *"Son pocos los usuarios que llegan con el tema del cambio que implica en sus vidas el ser seropositivo"(Consejero, Coordinador Local)*

Así, uno de los saberes fundamentales del consejero es utilizar su experiencia como recurso para acompañar a los sujetos en la asunción de su nueva condición de vida: nacer de nuevo, seguir a pesar de todo, caer y levantarse, reencantarse. Entendido, partero, navegante: un consejero *ayuda a zarpar.*

Para quien quiera viajar
Invento el mar
Invento más de lo que da la soledad
Invento luna nueva en claridad
Invento el amor
Y sé el dolor que habrá al zarpar…

Para quien me quiera seguir
Yo quiero más
Tengo el camino que quiero vivir
Y un velero listo ya a partir
Invento el mar
Y sé la hora de zarpar…

(CAIS, Milton Nascimento/Ronaldo Bastos)

3.3 Relaciones con el entorno

a) Relación con la red

El enfoque del trabajo de prevención secundaria en sus niveles individual y grupal-comunitario está marcado por la exigencia de confidencialidad y la cuestión de la estigmatización social de las PVVIH. A partir de este marco, las alianzas propias del desarrollo del trabajo en red enfrentan limitaciones, persistiendo cierto encapsulamiento en el esquema de relaciones. De hecho, a nivel del equipo de salud –y por extensión, del Proyecto de Consejería Asociativa-, la noción de red es restringida al vínculo con la agrupación y ciertos profesionales del centro hospitalario. No se aprecian otras instancias de participación, ni de coordinación con organismos.

> *"Los chiquillos de Vida Óptima, vienen bastante para acá, nos invitan a sus actividades, pero son los únicos.... no tenemos vinculación con otras organizaciones" (Encargada Centro de Atención Integral)*

> *"Mira, pretender abrir más, esos recursos, esos integrantes de las redes en sus acciones, es bastante ambicioso…la gente del equipo de salud está bastante sobrepasada…la asistente social es la única asistente que hay para este CDT" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

Al integrarse los consejeros de modo permanente, el vínculo se establece principalmente con ellos, pasando a un segundo plano las agrupaciones. Por su parte, la relación del consejero con la Agrupación ha tenido altos y bajos, generando una baja identificación mutua que si bien se ha revertido en la

actualidad, se manifestó en una serie de problemas (retraso en los pagos, dificultades administrativas). Al punto que el consejero tiene la voluntad de formar una nueva organización.

> *" Uf... con el presidente anterior de la agrupación tuve harto conflicto, porque demandaba que le derivara gente a su agrupación y yo la verdad, no consideraba que eso fuera labor mía, por lo que me ponía todas las dificultades para que salieran mis platas" (Consejero, Coordinador Local)*

> *V: ahora recién me siento validado, antes no había ni una valoración…yo tuve muchos problemas, al principio con los pagos de mi consejería…yo mandaba la factura… le pasaba el cheque a ellos {la agrupación} y se demoraban en pasarme la plata, una cosa muy desgastadora… ellos sentían que yo no era como parte de su organización… nosotros, decidimos armar una agrupación…" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

El divorcio referido es el indicador de un esquema triangular de relaciones y alianzas que involucra al equipo de salud, consejero entre pares y agrupación, que no logra resolver un rol sinérgico a la organización comunitaria, que termina por reaccionar a una exclusión involuntaria. Esta situación es atribuible a una insuficiencia del Modelo, esto es, su escasa explicitación de un rol para las agrupaciones de PVVIH que, al igual que los servicios de salud, quedan en un rol de correa transmisora de los recursos de la operación del Proyecto. De este modo, no se cumple uno de los objetivos de la relación asociativa, que va más allá de la instalación de una prestación de consejería: constituirse como un encuentro de actores que salen mutuamente potenciados con el vínculo.

b) Rol del Servicio de salud

Existe consenso entre los actores en catalogar como irrelevante el rol jugado por los servicios de salud en la marcha del Proyecto, limitándose al traspaso de los dineros. Este rol es resentido por la profesional del Servicio, quien demanda una definición de tarea más explícita por parte del Modelo Asociativo. Lo que está a la base de esta tensión es la debilidad o ausencia de mecanismos de descentralización por parte del Proyecto.

> *"{la labor del servicio} tiene que ver con gestionar proyectos, con todo el tema, externo es un cargo más bien administrativo {MOD: Ustedes no tienen mucho contacto con ella}.. Con ella, pa ná" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

> *"a nosotros nos olvidaron en el modelo, de hecho no estamos, por lo tanto nos limitamos a ser intermediarios en el flujos de los dineros…Yo ya ni siquiera puedo participar en las reuniones del equipo de atención integral, por que justo las hacen el día que yo no puedo, y no puedo alegar, por que ninguna parte del modelo dice que nosotros debiéramos participar" (Profesional, Servicio de Salud)*

Una de las tareas futuras del Proyecto consiste en impulsar una estrategia de descentralización, introduciendo nuevas mediaciones que permitan ampliar las alianzas actuales del Modelo. En dicha estrategia, debe ser tomado en cuenta el rol a cumplir por los servicios de salud.

c) Percepción del nivel nacional

La primera fase del proyecto de Consejería asociativa ha tenido un énfasis en la instalación de consejeros entre pares al interior de los recintos hospitalarios y ha promovido la constitución de espacios de coordinación entre los actores de la sociedad civil y el sector salud. Siendo lo central o el 'sello' de de accionar el impulso de la formalización e institucionalización del trabajo de consejería, algo que los actores definen como "rayar la cancha" a la práctica de la consejería: establecimiento de protocolos de derivación, canales de comunicación, formateo temático de las sesiones, sistemas de fiscalización y/o control del cumplimiento de horarios y actividades asociativas asociadas a la retribución económica a los consejeros, la cual está definida como un aporte o apoyo al desempeño de la labor.

Al mismo tiempo, a nivel nacional se constituyen equipos asociados para la dirección e implementación del Proyecto, en sus niveles políticos y operativos. Este equipo es el encargado de diseñar e implementar los mecanismos de capacitación, convocatoria y evaluación de proyectos locales, acompañamiento psicológico y monitoreo del trabajo de los equipos.

¿Cómo es recibido este proceso por los actores? En la medida que el Proyecto tiende a desarrollar un estilo jerarquizado de dirección –escasa descentralización, débil lateralización de procesos, canales segmentados de comunicación y resolución de conflictos-, la modalidad de vínculo de los actores con el nivel nacional corre el riesgo de desvanecer el capital propio del trabajo en el nivel local: su transversalización. En ese sentido, se demanda la necesidad de sostener relacionamientos que promuevan mayores niveles de implicación de los diversos actores del Proyecto.

> *"Vivo Positivo se relaciona sólo con quien tiene que relacionarse, consejero y encargada, no hay mayor vinculación con otros miembros del equipo". (Encargada Centro de Atención Integral)*

Desde el consejero, la principal crítica está relacionada con la sensación de no ser tratado a la altura de la exigencia que se le hace. El nivel central es percibido con poca sensibilidad y valoración de la labor del consejero. En este caso, la palabra 'valoración' está definida en torno a la preocupación por el cuidado de los recursos humanos del proyecto. Parte de este juicio se relaciona con el estatus del aporte económico que se entrega al consejero.

> *"... lo que se ve en lo escaso del aporte económico que se nos da, insistiendo majaderamente que es sólo un aporte y por el incumplimiento al compromiso de apoyo psicológico, pues se nos dijo en el inicio que íbamos a contar con apoyo psicológico y hasta ahora sólo a habido un taller, que sin duda es insuficiente". (Consejero, Coordinador Local)*

3.4 Percepción del Modelo Asociativo

Como fuera mencionado a propósito de la historia del Proyecto, por el hecho que este Centro Hospitalario tiene al menos tres años de experiencia de trabajo con consejeros entre pares, el modelo de "consejería asociativa" es percibido principalmente como una inyección de recursos materiales y una oportunidad de formalización de procesos.

> *"el programa ya funcionaba como "relojito suizo", los procedimientos y flujogramas claros, con un alto nivel de cumplimiento {el Proyecto implica una} mejora material a lo que ya se estaba haciendo" (Encargada Centro de Atención Integral)*

No obstante, la experiencia del caso permite apreciar un conjunto de factores percibidos como fortalezas, debilidades y aprendizajes derivados de la implementación del trabajo asociativo previo en el Centro Hospitalario Norte, los cuales están fundidos con los resultados de la actuación del Modelo Asociativo.

a) Fortalezas

- En materia de fortalezas, la incorporación de los consejeros ha fortalecido la sinergia y potencial de adherencia de la red de atención, al formar parte de una alianza entre el equipo de salud y los propios pares en beneficio del usuario.

> *"fortalezas… primero en beneficio del usuario, en términos de lo que corresponde a la labor misma del consejero y en términos de él ya constituir otra red para este usuario…. Por otra parte al estar en común referente, en términos de paridad, se hace un buen enganche en términos de adherencia de este usuario con el programa en su conjunto…O sea aquí no es sólo el equipo de salud, no es sólo el delantal blanco el que está atendiendo, atendiéndome, sino que también hay un par aquí que, en conjunto con estas personas, están aquí para acogerme, orientarme, eso es como un ancla para que la persona adhiera al programa…" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

- Asimismo, la integración del consejero introduce un nuevo actor que tiende a conciliar o mediar ciertas situaciones conflictivas para el equipo en su relación con los usuarios. Lo complejo de este campo de valoración es que se define a contrapelo de la actitud percibida por parte de la agrupación.

> *"en varias ocasiones…algún consultante…manifestó molestia de manera asertiva o más bien violenta…de reclamo hacia alguien del equipo de salud… y cuando esta demanda no era muy fundada, ahí el consejero hace de soporte y concilia … no es que alimente ahí el… que era lo que se daba con la agrupación…{la idea es que} él, como usuario, logra mirar la otra cara y le baja un poco el… "asunteque" ahí…en ese sentido concilia" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

- La "consejería asociativa" es vista como una experiencia que promueve en los usuarios la responsabilización activa en la administración de su patología, lo cual redunda en una serie de resultados positivos que pueden ser 'exportados' para el trabajo con otras condiciones de salud.

“ es una experiencia de participación que se debiera expandir a otras patologías, pienso en hipertensos, diabéticos.” (Encargada Centro de Atención Integral)

b) Debilidades

- La mención de debilidades refiere a cierta percepción de amenaza por parte de algunos integrantes del equipo de salud, especialmente los médicos tratantes, en lo que podría denominarse el develamiento de la bambalina y el salto de una situación de cogestión a otra de fiscalización o control ciudadano.

  “…quizá, resulta pa’l equipo amenazante que…una persona, que es consultante también de acá, principalmente del equipo médico, pudiese…conocer nuestras “yayitas” …Es como que el consejero se mueve en un terreno en el que no se mueven los consultantes…eso pudiese pa’alguien del equipo hacerlo sentir más vulnerable” (Psicóloga, Coordinadora Local)

- Asimismo, se mantiene cierto resquemor sobre la actuación del consejero. Sobre la base de testimonios donde éstos confidencian inconsistencias en su propia pauta de autocuidado, algunos profesionales fundan su temor de que el consejero pueda asumir estos fallos como un modo más relajado de asumir la pauta de adherencia y comunique esta idea a los usuarios, usando su credibilidad para transmitir una información errada sobre aspectos de salud.

  “muchos usuarios les dan gran credibilidad a los consejeros, como ellos han sido capacitados y ya manejan bastante el tema, además viven la enfermedad y han pasados por muchas cosas por las que recién están pasando los usuarios, me preocupa que les crean a pies juntillas”

  “ a veces me ha parecido riesgoso lo que pueda decir un consejero a un usuario… en relación a los medicamentos…un par de ellos han sido pacientes míos y me han confesado que de repente se dan vacaciones con los medicamentos.... y me asusta mucho que puedan transmitirles estas percepciones relajadas a los otros usuarios” (Encargada Centro de Atención Integral)

A la base de esta inquietud, está la necesidad de dar una discusión a fondo sobre el concepto de adherencia y la necesidad de que esta noción se ajuste al estilo de vida del usuario. Ello implica hacerse cargo de su circunstancia de vida y sus posibilidades concretas de construir y aplicar una pauta de autocuidado, cuestión que –a juicio del consejero- no siempre se logra en la atención del equipo de salud. Dicho de otra forma, lo que está planteado es la reflexión sobre el lugar del enfoque de reducción de daños en el campo de la prevención secundaria del VIH/SIDA: aquí se visualiza otro ámbito de impacto de la consejería entre pares, esto es, acompañar al usuario en el diseño de una pauta de autocuidado pertinente, que flexibiliza las condiciones de ingesta para ajustarlas sus propias y reales condiciones de vida.

“el refuerzo a la adherencia es cuando la gente viene… Y ahí vamos viendo lo que el consultante ha ido reforzando…la visión que tiene el doctor muchas veces no se condice con la visión del consultante…te pongo un caso, un doctor que vino a… que el tratamiento va a empezar a las seis de la mañana cuando la persona se levanta a las 12 del día, tú comprenderás que ahí no hay ninguna adherencia al tratamiento, o una

persona que trabaja en el comercio sexual, tampoco se va a levantar en la mañana temprano porque se acuesta a las cuatro de la mañana…" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

- Una debilidad fundamental del Proyecto es el problema generado a partir del modo en que resuelve la retribución a la labor de los consejeros entre pares, que en la actualidad consiste en un aporte económico cercano a los sesenta y cinco mil pesos. En este punto, es conveniente recordar que la voluntariedad está en el origen de la práctica de la consejería, la cual forma parte de una estrategia con la que las comunidades afectadas asumen un esfuerzo de acompañamiento y ayuda mutua. Tanto a partir de las estrategias de VIVO POSITIVO como de los lineamientos que van siendo conversados con CONASIDA, se instala progresivamente la idea de fortalecer técnicamente la prestación de la consejería y desarrollar experiencias de implementación en coordinación con los centros hospitalarios. En el transcurso de ese proceso, la idea de fortalecimiento técnico queda asociada a la noción de profesionalización (formalización de competencias y procesos de trabajo –dependencia laboral, horario, control de resultados-) y ésta a su vez, a la de retribución económica. De hecho, CONASIDA llega a comprometer y cumplir el pago retroactivo una vez iniciado el proyecto del Fondo Global.

  Este encadenamiento de procesos y compromisos se consolida con la llegada del proyecto referido, que define la implementación nacional de la consejería asociativa formulando un Modelo que establece –junto a criterios técnicos- una serie de requisitos de formalización de procesos –convenios de implementación entre agrupaciones y CONASIDA, apoyos económicos a las entidades locales de salud y PVVIH, pago según prestaciones realizadas-, los cuales fundan un estilo de relación que es asumido por los consejeros como un trabajo formal con todas las demandas y expectativas que esto genera: dependencia laboral, condiciones de infraestructura, derecho a vacaciones y licencia por problemas de salud o causa justificada, formación, supervisión, acompañamiento, cumplimiento de plazos regulares en la entrega de materiales educativos, condones y en la retribución económica.

  Las condiciones reales de implementación del proyecto introducen una serie de complejidades a la operatoria de plazos: de modo principal, el carácter asociativo del proceso introduce un tiempo adicional a la construcción de acuerdos (en el nivel nacional, de convocatoria y evaluación; en el nivel local, de elaboración y reajuste en base a los comentarios nacionales), lo que se suma al paso de los documentos, comunicaciones y recursos por los canales formales del sistema de salud (directivos, servicios de salud) y las propias agrupaciones –que deben refrendar y visar los informes de los consejeros, respectivamente-, sumado a la resolución administrativa por parte del Receptor Principal.

  La consecuencia principal de este encadenamiento está en la lentitud de los procesos, lo cual incide en la oportunidad de la llegada a destino de materiales educativos, recursos materiales y económicos transferidos desde

el nivel central. En ocasiones, los retrasos propios del sistema se ven agudizados por factores de orden político-técnico (controversias entre agrupación y consejeros, impasses locales que deben ser resueltos en el nivel nacional, entre otros) que imprimen una lentitud mayor a la operatoria del Proyecto.

De modo general, estos factores operan en una doble consecuencia: por una parte, se constituye una demanda laboral insatisfecha –la mejora paulatina de remuneraciones- en la percepción de los consejeros; lo anterior se complica adicionalmente por la demora o irregularidad en el pago final del aporte económico. De conjunto, generan en los consejeros y el equipo profesional que los rodea la sensación de abandono e inequidad en la relación (exigencias y cumplimientos corriendo por un solo lado). Al calor de esta situación, se ha producido el éxodo de algunos consejeros históricos que, tal como ocurre en el Centro Hospitalario Norte, se trata de los que mantienen vínculos más estrechos con las agrupaciones. Lo que tenemos en la actualidad es un consejero que se sostiene a partir de un elevado sentido altruista de la labor.

> *" este año se nos fueron dos consejeros por que estaban descontentos con lo que les proporcionaba Vivo positivo y Conasida" (Psicóloga, Coordinadora local)*

> *"…La percepción que se tiene ahora es que esto se ha ido desinflando. Sí, porque los otros dos consejeros…Se retiraron de acá…por el tema de la plata…{MOD: la motivación era que la plata fuera, en aumento} Claro, y dentro de todo…era harto trabajo… {MOD: Y esa, ¿Fue una lucha de ustedes, activa?} Sí, fue una lucha pero… los intentos siempre quedaban ahí no má… en el papel…Mandábamos cartas, el coordinador anterior, que era súper bueno, el Antonio Benavides, él es un chico que le gusta trabajar, era más, directo en ese sentido que, socialmente que, denunció… Y aún así, no pasó nada…yo soy el más antiguo…soy el que ha resistido todo…{MOD: Todas las inclemencias…y ¿Qué te hace permanecer?} No sé, yo creo que un poco… ver la realidad de los consultantes, absolutamente incontenidos, todavía sufriendo mucha discriminación…gente que entró absolutamente desamparada de redes sociales, hay mujeres que, empiezas a ver la vida de ellas, sus hijas han sido violadas por los padres, y los cabros también quedan……uno no logra zafarse de tanto dolor, igual uno de repente, sólo por escucharlos se van… tanto más vivos. …Y es por eso yo creo, e… más allá del tema de las lucas, que igual es poco, son 64 mil pesos. (Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

Lo anterior, opera junto a los procesos de desgaste propios de una responsabilidad como la consejería, que debe absorber muchas veces la subjetividad dañada del otro, sin contar con un soporte psicosocial permanente.

> *V: El otro se fue mucho antes. Pero por era por un tema personal también, entonces fue más, más bien… Él entró en una depresión que no lo dejó seguir…lo que pasa es que tú también tenís que estar…íntegro, igual uno debe ser no psicólogo, pero uno cumple funciones de, si tienes que escuchar al otro, tienes que estar atento y después…(Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

Lo que corre paralelo a la complejidad en torno al tema voluntariado-profesionalización

> *"Uno se fue por el tema de la depresión, y otro por el tema económico en el sentido de que… no los estaban validando (…) el tema de la plata, siempre se pensó que era un aporte…Siempre se dijo eso, hasta la última reunión que tuvimos…Y no es un*

aporte…Claro, entonces como no validando tu trabajo… Este es un trabajo como cualquier otro, uno cumple horario, a veces sale cansadísimo, no por el tema de estar saltando, sino por el tema de agotarte mentalmente…el creer que esto no es un trabajo nos pone a nosotros como en una categoría que no estuviese aportando. O sea no sé si aportando, pero, como que esto no se validase como el trabajo del sicólogo. No sé por qué" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

La percepción de carencias –como lo expresado a propósito del apoyo psicológico considerado insuficiente- corre parejo con la percepción del proyecto de Fondo Global como un espacio con amplia disponibilidad de recursos. En última instancia, se refuerza la sensación de abandono y desconsideración por parte del nivel central del proyecto.

"Lo que pasa es que un poco, como apoyo desde…El hecho de tener una cosa sicológica, no se da, (…).porque este Fondo Global igual es un proyecto con mucha, con mucho dinero… {y seguimos} conservando la misma cantidad de plata que hace cuatro años…" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)

c) Aprendizajes

- Los aprendizajes se relacionan con la valoración de una ética del trabajo que alimenta un espíritu de trabajo asociativo. De hecho, la presencia del consejero en el recinto hospitalario, que podría dar pié a un reforzamiento de su función de fiscalización –confirmando el peor fantasma para ciertos integrantes del equipo de salud- más bien se orienta a separar la paja del trigo: la presencia del consejero en el cotidiano de la prestación permite diferenciar aquellas situaciones de incumplimiento que requieren ser tratadas a distintos niveles, respecto de los conflictos por errores de interpretación del usuario, donde el consejero pasa a ser una suerte de mediador utilizando en calidad de recurso su propia experiencia como usuario. El otro campo de esta ética del trabajo tiene que ver con el compromiso demostrado por el consejero en el cumplimiento de su tarea, como asimismo su espíritu colaborativo que permite atenuar la sensación de subutilización cuando baja la demanda por atención. Esto es importante, en la medida que desde el nivel central del Proyecto esta conducta tiende a ser vista como un desperfilamiento de la labor del consejero.

"…lo que más destaco, como aprendizaje pa'l equipo, pa'mí, lo que yo he observado… en los consejeros es esta capacidad pa'lograr ser objetivos en su accionar en algunas situaciones complicadas, así algunos consejeros lograban conciliar situaciones con usuarios, también cuando me manifestaron "Mira, esto pasa con esta persona del equipo y este consultante, y esto se tiene que saber porque hay que denunciarlo", también entender que sí, que tienen razón y que no es un tema de mala onda… a eso me refiero con esa capacidad de objetividad" (Psicóloga, Coordinadora Local)

"por otra parte…el compromiso, que seguramente, tendrá que ver con esta situación de ser pares, esta situación de vida. O sea, acá viene Marcos, busca su box, hay ingresos…estamos al tanto, muy pendientes de los movimientos…entonces hay que meterse en serio, no es un tema de venir, hacer las horas y chao, no, él viene, trabaja, y si algún consultante no viene o no se presentó, siempre hay algo que pueda aportar…está metido en el box con la técnico, o en el box con la recepcionista, y le ayuda a ordenar fichas" (Psicóloga, Coordinadora Local)

Una de las demandas sentidas por los profesionales está dada por la implementación de una línea de monitoreo y acompañamiento a los equipos locales. En el caso del acompañamiento, también tiene que ver con una línea de respaldo a las bases políticas que respaldan del sistema, esto es, un vínculo mayor con los directivos de salud.

> *"un monitoreo, un acompañamiento en terreno del equipo de consejería, indudablemente ese es un refuerzo que los seres humanos necesitamos… {MOD: ¿Y lo estás pensando en un plano técnico y político?} Sí. Mira principalmente técnico, pero también político si queremos que esto funcione como queremos... no me cabe duda que si le decimos al director "Doctor, en X fecha viene este equipo de monitoreo a conocer el trabajo de los consejeros, a monitorear cómo estamos efectuando nuestra labor", él va a estar aquí con nosotros" (Psicóloga, Coordinadora Local)*

Desde el consejero, el principal punto de aprendizaje reitera la demanda de fortalecer la política de recursos humanos del Proyecto: cuidado profesional, renovación de prestadores, mejora salarial. En síntesis, se demanda un plan de mejoras para que el Proyecto pueda enfrentar con éxito el desafío doble de todo proceso de institucionalización: *continuidad* (mejora de las condiciones de trabajo, autocuidado) y *cambio* (renovación de consejeros).

> *"Deberían cuidar a la gente que trabajamos en esto… Desde la cúpulas, proponer nuevos ingresantes, ayudar, hacer protección sicológica…Mejorar las platas un poco, los sueldos" (Consejero entre Pares, Coordinador Local)*

IV.- El proyecto visto desde los usuarios

Por último, se presenta los elementos derivados de las conversaciones sostenidas con los usuarios del Proyecto de Consejería Asociativa en el Centro Hospitalario Norte. En relación a los testimonios, cabe indicar una precisión metodológica general: si ya es complicado recordar una prestación de 45 minutos vivenciada hace dos años, este rasgo se agudiza tratándose de un proyecto que preexiste a la instalación del Proyecto asociativo en el marco del Fondo Global, esto es, estamos hablando de un horizonte temporal que puede rayar en los 3 o 4 años. Por lo mismo, los testimonios estarían marcados por una 'función de olvido' que debe tenerse en cuenta para comprender el alcance de los juicios referidos a la consejería entre pares.

a) Medio por el cual se informa del Proyecto

Los antecedentes entregados por los usuarios indican dos modalidades de información sobre la existencia del Proyecto de Consejería Asociativa. En el primer caso, el usuario toma conocimiento en la medida que la psicóloga, en la entrevista de ingreso, lo deriva a la prestación entre varias otras. En el segundo caso, es contactado por el propio consejero en la sala de recepción, situación que a la luz de los antecedentes sobre el funcionamiento del Proyecto parece ser una excepción a la regla.

b) Percepción general del programa

Los entrevistados que aceptaron ser entrevistados indicaron haber sostenido una sola sesión con el consejero. Por lo mismo, no llegan a formarse imagen clara de la prestación, por lo que sus percepciones se relacionan más bien sobre la atención de los profesionales, de los aspectos administrativos, en definitiva, del "Programa de Atención Integral en VIH", más que la Consejería entre Pares.

> *"yo estoy agradecido por que nunca he tenido problema con las horas, ni con los medicamentos, ni con las otras señoritas que atienden acá" (Usuario varón, 35 años)*
>
> *" yo fui por que así me lo indicaron, como parte del proceso... no tengo nada que decir de nadie que atiende aquí, se nota preocupación, hay un espíritu… hasta se percibe en las secretarias o auxiliares, son todas muy atentas" (Usuario varón, 30 años)*

No obstante en la memoria de los sujetos existe un recuerdo tenue de la consejería asociativa, vale detenerse en aquello que los usuarios definen como 'espíritu': con ello, están aludiendo a la impresión general sobre lo que ante sus ojos aparece como un equipo de atención sensible –preocupado- ante el tema de la calidad de atención, en el cual se incluye al consejero. En definitiva, los usuarios manifiestan una opinión propia de lo que podría esperarse de un estilo de implementación de proyecto como el existente en el Centro Hospitalario Norte: la percepción de los profesionales de la salud y el consejero como un solo equipo.

c) Calidad de la atención del Equipo de Salud y el Consejero

Coherente con lo señalado, existe una percepción generalizada sobre la atención, que no se distingue la consejería asociativa como un programa singular sino como una parte del Programa de Atención Integral. La opinión general identifica un trato de calidad en base a 3 indicadores: calidez, pertinencia y cercanía. Los usuarios se declaran satisfechos con los aspectos operativos y administrativos del Programa de Atención Integral.

> *"muy buena, buen trato, preocupación por el estado de salud de uno, disposición a facilitarle a uno las cosas…me buscan horas de control que no me compliquen tanto con mi trabajo, cercanía, calidez "(Usuario varón, 35 años)*
>
> *"Súper bien, son todas buena honda, las doctoras sobre todo, ya lo conocen a uno, muy preocupadas de que uno entienda bien todo" (Usuario varón, 30 años)*
>
> *"Nunca he tenido ningún problema, incluso a veces vengo a retirar la pura receta y las auxiliares se la piden a las doctoras y no ponen ningún problema" (Usuario varón, 35 años)*
>
> *"se cuenta, se puede hablar en confianza, quienes te proporcionan toda la información sobre tu nueva situación de vida" (Usuario varón, 35 años)*

No obstante la función de olvido señalada, el consejero es evaluado con un buen manejo de contenidos; asimismo, como un referente con quien conversar temas personales, por lo tanto, alguien cercano en quien se puede confiar y obtener orientación en aspectos relacionados con la condición de PVVIH.

"me parece que el consejero lo hace bien...pero fue hace tanto tiempo y sólo una vez que la verdad no recuerdo mucho....se veía que manejaba los temas" (Usuario varón, 30 años)

"Bien, nada que decir, si él se acercó a mi, cuando me escuchó, conversando con la auxiliar de un problema que yo tuve..." (Usuario varón, 35 años)

"incluso ahora me gustaría conversar con el joven ese, por que nos vamos a separar con mi conviviente y ella me amenaza que le va a contar a todo el mundo que tengo SIDA, ¿qué puedo hacer?" (Usuario varón, 35 años)

d) Calidad de los espacios físicos

La percepción de los espacios físicos resulta una extensión de la opinión favorable respecto de la atención del Programa. Debe tenerse en cuenta que la infraestructura del Centro Hospitalario Norte es de construcción reciente.

"muy buenos, limpios, bonitos, ordenados" (Usuario varón, 35 años)

"Nada que decir... bien" (Usuario varón, 30 años)

e) Percepción de asociatividad entre los actores

Los usuarios fueron consultados sobre su opinión sobre la articulación entre los profesionales de la salud y el consejero entre pares. Nuevamente, la calidad del trabajo asociativo puede observarse en la indiferenciación entre el equipo y el consejero entre pares. Este rasgo puede ser definido como *sinergia*: la confianza hacia el equipo se hace extensiva hacia el consejero, en tanto parte integrante de un mismo sistema de atención.

"mira, lo que puedo decir es que él se ve como parte del equipo, se ve que hay confianza con él, bueno por algo a uno lo derivan para allá" (Usuario varón, 30 años)

Si bien el "personaje" consejero, no es una figura que aparezca con total nitidez ante los ojos del usuario, en el sentido de que quede claro, quién es o qué hace un par como prestador de consejería, cuál es su rol y el 'sello' de su prestación, éste es señalado como alguien por el cual "hay que pasar" o alguien en quien se puede confiar, en la medida que forma parte del equipo. En última instancia, no se percibe diferencia entre los dos equipos (esto es evidente en la medida que el otrora equipo de consejeros quedó reducido a un prestador).

".... no sabría decirle,.... cuáles son los dos equipos?" (Usuario varón, 35 años)

"yo veo un solo equipo y el consejero es uno más de ellos" (Usuario varón, 30 años)

f) Percepción de impacto sobre la propia conducta

Tomando como referente lo expuesto hasta ahora sobre la integración de la consejería entre pares como una prestación más del equipo de atención integral, podemos definir la modalidad de efecto de un programa donde la asociatividad funciona como "impacto integrado".

- Un ámbito de impacto claramente definido tiene que ver con el acompañamiento del proceso de asunción de la nueva condición de vida definido desde el usuario como 'replanteo'. Aquí, el consejero sirve de soporte a la reorganización de la subjetividad originada por la transformación existencial enfrentada por el sujeto. A la base del testimonio, está la demanda implícita de aumentar el número de sesiones -"y más tiempo"-, acorde a la dimensión procesual de este 'reordenamiento subjetivo. En un contexto de trabajo asociativo, esta cualidad de la consejería puede ser encontrada tanto en los profesionales del equipo de salud como en el consejero entre pares.

  "ser seropositivo ha significado un cambio radical en mi vida, de replantearme la vida nuevamente...te cambian las perspectivas de vida, ahora tú sabes que te quedan 15 a 20 años de vida y tienes que reordenarte...eso conversamos con el consejero, pero eso debiera ser la consejería, y más tiempo, al menos ese es mi rollo hoy " (Usuario varón, 30 años)

  " la psicóloga me ayudó a enfrentar el tema con mi conviviente, yo sólo no habría podido" (Usuario varón, 35 años)

  "sin ellas a lo mejor yo vería todo más negro, pero gracias a ellas sé que esto no significa que me voy a morir mañana, ni pasado, que es lo primero que uno piensa cuando le dicen SIDA" (Usuario varón, 30 años)

- Un segundo ámbito define la consejería como una invitación a hacerse cargo de los dilemas de la propia existencia: una función de interpelación que llama al sujeto a retomar el protagonismo de sus procesos de salud/enfermedad: se trata de descubrir cómo seguir siendo sujeto –tener una vida- asumiendo la nueva condición de salud. La consejería actúa acompañando este proceso –que evidentemente no puede ser logrado en una sesión- de dos formas: sirviendo de espejo, proveyendo un fondo de experiencia para comprender las propias reflexiones de los sujetos que tienen más trabajo subjetivo realizado; o bien, estimulando las preguntas existenciales en los sujetos cuya condición social o vulnerabilidad es mayor, los cuales están menos contactados con sí mismos.

  "todo lo que vives aquí te ayuda a reflexionar sobre ti, el cambio en tu vida sexual, tomar medicamentos, cuidarte que no se sepa lo que tienes" (Usuario varón, 30 años)

- De igual modo, los usuarios fueron consultados sobre su percepción de la consejería como un campo de fortalecimiento de las capacidades propias. Al respecto, la mención explícita sobre la prestación es tenue –otra vez la función de olvido-: en un caso, se trata de una asesoría en materia de derechos ciudadanos y una asistencia en materia de información sobre medicamentos; en el segundo, nuevamente el tema son los medicamentos y el acompañamiento de los temas existenciales puestos en la conversación por el propio usuario. De fondo, los usuarios demandan introducir en la consejería entre pares una modalidad de acompañamiento que podríamos denominar 'soporte subjetivo', la cual no se reduce ni a una ni a cuatro sesiones: toma la forma de un vínculo más estable que bien puede establecerse con el consejero o algún otro miembro del equipo.

"La conversación que tuvimos se centró en que él me dijo que yo podía demandar a esta persona y que él podía contactar un abogado que me asesorara, la verdad me dio susto que esto llegara a mayores…preferí dejarlo ahí... también me habló de otros temas pero no recuerdo muy bien.... parece que de los medicamentos...pero como fue hace más de un año no lo recuerdo muy bien" (Usuario varón, 35 años)

"es muy poco, sólo una sesión, es poco lo que te deja, lo central es hablarte de los medicamentos....y un poco del nuevo sentido de vida, pero porque yo puse el tema" (Usuario varón, 30 años)

- Lo mismo ocurre a propósito de evaluar el aporte de la consejería asociativa al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Cabe reflexionar aquí sobre los límites entre la transversalización de la consejería entre pares al interior de un sistema de trabajo asociativo y la invisibilización de un componente específico del sistema, que termina indiferenciado respecto del aporte de los otros integrantes del equipo y sería reconocido en su especificidad por un segmento parcial de los usuarios.

"Poco, como fue solo una vez y hace tanto tiempo... no tengo muchos recuerdos, ni siquiera sabía que a eso le llamaban consejería, y que él era un consejero....si me ha ayudado la doctora, ella me explica todas las cosas y a ella la veo por lo menos una vez al mes." (Usuario varón, 35 años)

"como ya dije, creo que en una sesión es poco lo te puede influir... mi vida ha mejorado por que yo me lo propuse así y por lo que uno vive con todos los otros profesionales de este equipo... aunque a lo mejor en otros casos si hay mayor influencia…he visto que hay muchachos que sí han hecho un vínculo con el consejero, lo pasan a saludar, lo esperan para conversar con él... parece que son un grupito" (Usuario varón, 30 años)

g) Deserción/inasistencia a las sesiones de consejería asociativa

Es posible identificar cierto tipo de usuarios que presenta fallos en la asistencia a las sesiones de consejería:

- Cuando no se ha logrado establecer el beneficio concreto de la prestación; sea por desinformación o 'encapsulamiento', algunos usuarios no asisten a las sesiones de consejería.

"nooo, nunca fui a consejería por que pa´ qué, puro rollo" (Usuario contactado en la sala de espera por los entrevistadores)

- Otra población difícil son los usuarios antiguos del Programa de Atención Integral. Se trata de consultantes escépticos ante la posibilidad de que el consejero pueda aportarles algo nuevo.

"Los pacientes antiguos prefieren no ir, dicen "que me podrá enseñar este cabro, si yo llevo años en este cuento" (Usuario antiguo contactado en la sala de espera)

h) Percepción de la Agrupación de PVVIH

La relación conflictuada entre el equipo de salud, el consejero entre pares y la agrupación de PVVIH, se manifiesta en un bajo perfil de ésta última en relación

al Proyecto, lo que trae como consecuencia su invisibilización. Sea por desconocimiento, tiempo o falta de interés, los usuarios entrevistados no están afiliados a ninguna agrupación, por lo que tampoco tienen una opinión sobre su función. Sin duda, es un punto a resolver en las futuras versiones del Proyecto.

> *"no estoy en ninguna agrupación y tampoco conozco ninguna" (Usuario varón, 35 años)*

> *"Si recuerdo que en alguna oportunidad la psicóloga me lo comentó, y me interesó, pero la verdad no tengo tiempo, cuando, estoy estudiando, trabajo, no me queda tiempo" (Usuario varón, 30 años)*

i) Principales dificultades observadas en la consejería asociativa

Por último, se consultan las dificultades observadas en la Consejería Asociativa. Al respecto, se señala como una debilidad del programa los aspectos relacionados con su difusión; de hecho, los usuarios entrevistados no lo identifican como una línea de acción especial, con características específicas, al tiempo que ignoran que se puede acceder a la prestación hasta por cuatro sesiones.

> *"Que no se sepa que existe esta atención y que uno podría solicitarla si quiere profundizar algún tema, que no estén claro los objetivos, por que uno lo ve como un trámite nomás" (Usuario varón, 35 años)*

> *"que no me hayan mandado al consejero, como ud me dice que ha ocurrido con otros pacientes" (Usuario varón, 35 años)*

> *"Que el consejero no me haya explicado lo que era, cuando él se acercó a conversar conmigo yo no caché quién era" (Usuario varón, 30 años)*

En el peor de los casos, la consejería pasa a ser una parte más del sistema de 'postas' obligatorias para obtener los medicamentos. Ello habla de la 'mimetización' que se produce entre la "consejería entre pares" y la atención de los profesionales de la salud, cuestión que trae el perjuicio de desestimar el valor intrínseco que esta prestación tiene, relegándola al formateo esperado por los sujetos en su relación con las instituciones de salud.

> *"muchos pacientes van donde el consejero con la misma disposición que van donde las doctoras o matrona, predispuestos a que los reten, que le lean la cartilla" (Usuario varón, 30 años)*

> *me pareció un espacio bien formal, no sentí que era distinto, además como atiende en las mismas oficinas, y tiene un discurso como formateado" (Usuario varón, 30 años)*

V. Conclusiones

¿Cómo surge y se implementa el trabajo asociativo?

- En primer lugar, en la experiencia de Santiago (Hospital San José), resalta la importancia de la calidad del trabajo asociativo local previo a la implementación del programa. A la llegada del programa asociativo, existe integración de los/las consejeros/as entre pares (un equipo de 3 consejer/as) y una cultura de participación de los mismos en los espacios técnicos del equipo de atención integral. De hecho, la instalación del modelo se percibe como una disponibilidad de recursos y formalización institucional que permiten un funcionamiento más estable del programa preexistente.
- Cabe tener en cuenta que a pesar de la existencia previa de la práctica asociativa, el programa local no escapa a las resistencias iniciales a la instalación del programa desde el sector salud, lo que se expresa en la ausencia de una práctica de derivación –especialmente desde los médicos-.
- De hecho, desde un punto de vista de género, resulta notorio que sólo cuando el equipo de prestadores se feminiza –cambian los directivos y parte de la planta-, es que el programa logra instalarse. La legitimación de la práctica asociativa previa al programa muestra la importancia de las personas en implementación: la presencia de la doctora así como de la psicóloga del programa, introducen un impulso determinante tanto en la resolución de los aspectos logísticos como en la validación técnica de la presencia de los consejeros como prestadores e integrantes del equipo de atención. Cabe interrogarse aquí por la mayor disposición de las mujeres profesionales en torno a un paradigma de cuidado integral y, en ese sentido, una mayor comprensión de la importancia de la integración de los consejeros entre pares.
- Junto a lo anterior, cabe destacar la importancia de contar con un equipo de consejero/as, que logra sortear los primeros momentos de la instalación a partir de sus dinámicas de coordinación. La presencia de los/las consejeros/as –especialmente cuando el equipo de salud era pequeño- es determinante para la instalación del Proyecto como una realidad en el centro hospitalario.
- Al igual que en las otras experiencias estudiadas, la técnico paramédico del programa desempeña una función central de nodo de la red del programa (tanto en términos de derivación como de resolución de aspectos logísticos).
- Con todo, el desenvolvimiento del programa muestra una valoración del rol de los consejeros que enfatiza su función de apoyo en torno a la ingesta de medicamentos (frente a un apoyo más integral). Puede hipotetizarse que esto sea así por la existencia de una profesional psicóloga en el equipo, que delimita el campo de actuación psicosocial del consejero a una antesala de la derivación.
- La implementación del programa asociativo evidencia uno de los nudos irresueltos: la descentralización. Ello se expresa en el bajo perfil de los servicios de salud, que no llegan a constituir mediaciones fuertes

capaces de resolver o contener las demandas técnico-políticas propias de la implementación de los programas asociativos en el plano local, quedando relegadas a cumplir funciones eminentemente administrativas.

- Uno de los puntos a reflexionar en materia de implementación refiere a una práctica relacionada con el modelo: con el afiatamiento de las prácticas -tanto en el caso del consejero de salud como del consejero par- viene un cierto rodeo de los procedimientos establecidos por el modelo: aquí está la distinción entre procesos de superficie y procesos de fondo, así también está la prueba del saber específico de la consejería: su capacidad de construir un menú de atención en función de los requerimientos concretos del consultante.
- Es posible pensar esto como microresistencias respecto del Modelo Asociativo, en la medida que éste último viene a presionar contra una práctica de la consejería que semeja bastante la función del artesano, donde cada intervención es única. La uniformización exigida por el modelo –menú de temas, duración de sesiones, perfil de competencias- tiende a ser percibido como una excesiva formalización de la práctica del consejero.
- La consejería desarrollada en el caso revisado responde al modelo de una sesión. Asimismo, cuando opera una alta demanda y la derivación funciona, el esquema de 4 sesiones se hace más efectivo.
- En relación a la valoración de los usuarios, pueden identificarse dos tipos de fallos (rechazos de la consejería): de una parte, aquellos que por desconocimiento o búsqueda del menor trámite posible en su relación con el servicio, rechazan la ida al consejero; de la otra, el usuario con mayor antigüedad en el programa, que desestima la capacidad del consejero para entregar información o transferir nuevas competencias.

¿Cuáles son y cómo produce sus efectos virtuosos?

- Respecto del equipo de salud: la integración del consejero par incorpora un nivel de efecto virtuoso en la imagen del equipo de salud respecto de los usuarios: en palabras de una profesional, se trata de una "humanización" del equipo de atención integral. A la base de este juicio, hay diversos factores favorecedores:
    - El consejero introduce una mediación o traducción respecto de las directivas médicas: habla a escala humana, adapta lenguaje, aterriza situaciones y requerimientos a la vida cotidiana del usuario (esto a nivel de adherencia y autocuidado);
    - En la medida que está integrado a la cadena de prestación, la figura del consejero introduce una cara amable en el sistema: le retorna a su centro: el bienestar de las personas;
    - El consejero instala una función de control ciudadano respecto de las eventuales situaciones de vulneración de derechos y/o mala calidad de atención, validando su actuación como 'legítimo otro' ante figuras donde la jerarquía de los equipos de salud atenúa el sentido de crítica (por ejemplo, respecto de los médicos). El consejero hace lo que a otros integrantes del equipo está restringido. El potencial de control ciudadano implicado en la

presencia del consejero es valorado por la responsable del programa desde el equipo de salud: es un aliciente para la calidad del servicio que tiene como ganador final al usuario.

- Respecto los usuarios: se registra una valoración positiva en el plano de la normalización de la condición de seropositividad. No obstante, es posible que a la base del recuerdo de los usuarios –especialmente los de una intervención que comenzó hace más de 4 años- exista una "función de olvido" que atenúe el recuerdo sobre el impacto de la consejería. Respecto de los usuarios entrevistados, la consejería entre pares refuerza la percepción de que "la vida continúa" en un contexto de un sistema de atención que se percibe más articulado.
- Respecto del propio consejero entre pares: le permite construir un poderoso sentido de rol que refuerza su identidad de voluntariado altruista y se expresa en una gran resiliencia frente a los conflictos y dificultades asociadas al desempeño del rol; su integración al sistema prestador acrecienta el sentido de logro. El correlato negativo del perfil del consejero es que no construye 'sistema': al estar más orientado a cumplir su labor que a desarrollar el esquema asociativo desde un punto de vista más político, se queda a "*apagar la luz*".
- Un comentario a propósito de la cogestión: en el plano de la operatoria real, existe un divorcio entre 2 planos: llevar la cogestión a su real expresión implica aceptar el carácter opinable de la práctica y los profesionales que la sustentan: lo que produce resistencias es el sentido asimétrico de esta exigencia –que actualmente pesa sólo sobre el sector de la sociedad civil- La reglamentación de la práctica de la consejería, junto a la actualización permanente de sus procesos de formación –léase perfil de competencias- implicará necesariamente la aplicación de un 'regla pareja' para evaluar la idoneidad de los consejeros de ambos sistemas.
- ¿De qué forma produce sus efectos virtuosos? Fortaleciendo el sentido sinérgico de la red de atención. Sinérgico en varios sentidos: tienden a especializarse las experticias del sistema (consejero, matrona, psicóloga, asistente social); se afina o potencia la capacidad de derivación del sistema, lo que redunda en ganancia de tiempo y eficacia en el tratamiento del usuario. Desde salud, se gana recursos humanos calificados que pueden descomprimir la demanda de atención. Desde un punto de vista general, el sistema mejora la calidad de la prestación.
- Asimismo, se instala una mediación en la relación: se hacen cosas que los otros integrantes del equipo de salud no pueden: es la figura del *ombudsman* o el defensor ciudadano.
- En condiciones de trabajo asociativo efectivas, puede afirmarse que el impacto logrado por la consejería tiende a ser *sistémico*, esto es, no puede esperarse un efecto aislado o nítido vinculado a la consejería sino su integración en una red más general de efectos concatenados dados por diversas formas de *sinergia*: aquella que proviene de las prestaciones del equipo de salud -médicas, matronas, psicóloga, asistente social, químico farmacéutica, paramédicas-; la que deriva de las formas institucionales e informales del trabajo asociativo –reuniones integradas de equipo, funcionamiento cotidiano como una comunidad de práctica; la que resulta a consecuencia del rol de las personas

(encargada del Programa, coordinadora local, el propio consejero); aquella que proviene del impacto producido por la red de protección social recientemente lograda para el VIH/SIDA (cobertura universal de medicamentos). De conjunto, estos factores operan en una red de impactos que, en el mediano plazo, refuerzan el potencial de adherencia de los sujetos al programa –en definitiva, a su propio autocuidado- y en el largo plazo, mejoran los niveles de calidad de vida.

¿Cuáles son y cómo mejorar sus debilidades y oportunidades no aprovechadas?

El análisis del caso de la Región Metropolitana permite ilustrar algunos problemas o debilidades y efectos colaterales negativos:

- La dinámicas generadas a partir de la implementación del Proyecto en el caso referido tienden a deteriorar la relación entre la agrupación de PVVIH y el sistema: la agrupación –tanto en términos de su práctica de consejería como institucionalmente- queda 'bajo la mesa' e incomunicada desde el punto de vista del sistema; ejemplo de ello es que el sistema nombra como consejería lo que se realiza al interior del recinto hospitalario y, en ese sentido, invisibiliza el aporte de la consejería de la agrupación. Este rasgo constituye una debilidad de la implementación en la medida quer uno de los objetivos del proyecto es fortalecer la asociatividad entre el equipo de salud y la agrupación de PVVIH a nivel local.
- Por otra parte, en el equipo de salud existe un saber acumulado en materia de trabajo comunitario, particularmente en lo referido a la promoción de grupos de apoyo mutuo. Bajo el actual marco de relaciones entre la agrupación y el equipo de salud, tal capacidad no encuentra canales para desarrollarse. La recuperación de los componentes comunitarios de la consejería en una nueva versión del Modelo permitiría potenciar esta capacidad.
- La experiencia de implementación en el centro norte permite visualizar un fenómeno complejo derivado de los procesos del programa: la llegada e inyección de recursos económicos al sistema producto del Fondo Global –junto a los procesos de formalización propios de la instalación del Modelo- genera la tendencia hacia la formación de un voluntariado profesionalizado que concibe la consejería como un campo de actuación profesional que debe ser consecuentemente remunerado al igual que una prestación de salud. La vuelta sobre los componentes comunitarios del Modelo puede redituar la discusión sobre esta materia que resulta fundamental en la definición de la sostenibilidad de una estrategia como la consejería entre pares.

¿El modelo aporta en términos de adherencia, autocuidado y prevención secundaria?

El sistema transforma sus componentes en una red que trabaja sobre los temas de modo especializado y con un constante flujo de retroalimentación que aumenta la eficiencia del sistema de atención e impacta positivamente sobre los 3 componentes del modelo de atención.

- En el caso de la adherencia, potencia la integración de sus componentes psicosociales y biomédicos, generando un efecto sinérgico tanto a nivel del individuo y su pauta de autocuidado como en la relación entre éste y el sistema de atención (adherencia al programa);
- En lo referido al autocuidado, la capacidad de la consejería entre pares para apoyar al usuario en la elaboración de la condición de PVVIH desde el significado VIH/SIDA=muerte al de una enfermedad crónica, representa un aporte fundamental, en la medida que reconstruye la imagen de la condición de salud como un campo donde es posible actuar y obtener resultados en términos de mejoramiento de calidad de vida.
- En consonancia co lo anterior, el programa genera condiciones para la prevención secundaria en la medida que las intervenciones del consejero – en complemento a las realizadas por el equipo de salud- instalan en el usuario una serie de conocimientos y habilidades para enfrentar los efectos negativos del VIH/SIDA en sus vidas.

¿Cuál es el nivel de logro en relación con los objetivos del Modelo Asociativo?

No obstante debemos limitarnos a la información cualitativa producida, podemos señalar lo siguiente, repasando cada objetivo del Modelo:

- Fomentar el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH.

La implementación del Programa de Consejería Asociativa en el Centro Eloísa Díaz implicó el fortalecimiento y proyección de una plataforma de trabajo asociativo que fue hegemonizada por el equipo de salud y el consejero. Desde este punto de vista, debe hablarse de asociatividad para nombrar lo ocurrido en la prestación de la consejería: los/las consejeros/as entre pares logran integrarse a la cadena de prestación del servicio, participan en reuniones técnicas y de una comunidad de práctica que comparte el cotidiano de la gestión del proyecto.

Sin embargo, si restringimos el análisis a la relación entre el Equipo de Atención Integral y las Agrupaciones de PVVIH, el juicio varía, en la medida que, precisamente, la intensificación de la relación entre el equipo y el consejero entre pares corre paralela al distanciamiento de éstos respecto de la agrupación. Sea por circunstancias locales o por la falta de una definición más protagónica del rol de la agrupación en el Modelo, la implementación del programa no permite avanzar en el mejoramiento de la relación Equipo-Agrupación.

- Mejorar los niveles de adherencia a tratamientos antiretrovirales.

En la medida que el programa fortalece la interfase entre los componentes biomédicos y psicosociales de la adherencia como asimismo el sentido sinérgico de la red de atención a PVVIH, podemos afirmar que la implementación del programa permitió reforzar la adherencia en dos niveles:

sistémico (la adhesión al Programa de Atención Integral) y *subjetivo* (la relación del sujeto con su pauta de autocuidado).

- Facilitar la prevención secundaria del VIH y las ETS.

A patir de los juicios expresados por los usuarios puede desprenderse que la conversación de la consejería entre pares aborda aspectos relacionados con la reorganización de la sexualidad, la elaboración de la condición de PVVIH, las vías de transmisión, ámbitos relacionados con la prevención secundaria, en la medida que denotan la identificación de factores de riesgo que permiten disminuir los efectos negativos del VIH/SIDA.

- Ampliar la cobertura de atención en consejería a las personas viviendo con VIH en los Centros de Atención Integral del Sistema Público de Salud.

En sus orígenes, el programa local llega a incrementar en 4 consejeros/as su capacidad de atención. A la fecha de realización de la evaluaciónm permanecía en funciones un consejero. Entendemos que la incorporación de los/las consejeros/as entre pares, sumado a las estrategias de difusión del programa y a su potenciamiento por parte de la organización comunitaria de PVVIH juegan un rol promotor del programa que amplia las coberturas en las redes de usuarios (de hecho, como demostrará la encuesta de usuarios, las redes sociales constituyen el principal canal de difusión del programa).

- Fortalecer los aspectos técnicos de la consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas Viviendo con VIH.

En un contexto de valoración del trabajo asociativo como el registrado en el Centro Norte, la participación en las capacitaciones nacionales, en las reuniones integradas de equipo, en los acompañamientos realizados desde el nivewl central y sobre todo, el trabajo cotidiano constituyen espacios que contribuyen al fortalecimiento de aspectos técnicos de la consejería. Los integrantes del equipo manifiestan la valoración de los espacios de fortalecimiento técnico implementados a propósito del Programa de Consejería, al tiempo que demandan mayor énfasis en los aspectos de análisis de la práctica, el fortalecimiento de las habilidades de consejería así como el abordaje de temas emergentes como la cuestión del duelo.

4.1.3 Caso Duodécima Región, Hospital Regional

I. Actividades realizadas

El trabajo de terreno se realizó entre el 31 de Julio y el 4 de Agosto. La producción de las entrevistas se generó a partir de un trabajo conjunto entre la encargada actual del programa y el Consejero que cumplió funciones durante la fase I, perteneciente a la Agrupación HAIN ("Manos").

La mayor parte de las entrevistas se realizó en el Hospital Regional y otras dos en dependencias del servicio de salud. Las entrevistas con usuarios así como las encuestas se realizaron en el box de atención destinado a la consejería y en una sala de reuniones reservada a tal efecto.

Entrevistas Individuales, XII Región

Tipo Actor
Directivos Hospitales
Encargad@s Centros de Atención Integral VIH
Presidentes Agrupaciones y org. de PVVIH
Coordinador a local Serv Salud
Coordinador Local Agrup. PVVIH
Consejeros

Entrevistas individuales a Usuarios, XII Región

Tipo	Tipo
Usuario 1	Varón, 55 años
Usuaria 2	Mujer, 21 años
Usuaria 3	Mujer, 29 años
Usuario 4	Varón, 33 años

II. Delimitación de la experiencia.

2. 1. Historia, instalación

En sus orígenes a inicios de los noventa, el Programa de Atención Integral en VIH[115] constituía un modelo para armar. De hecho, será la voluntad de la profesional a cargo quien impulsará las primera iniciativas de formalización, a través de un esfuerzo de autoformación: la organización de una pasantía por un centro hospitalario que servía de referencia como modelo de trabajo y organización interna. Desde el inicio, será la capacidad de acción autónoma de los profesionales lo que permitirá sentar las bases del Programa.

> *"T: Si, si yo cuando, cuando me vinieron a entregar el programa, me entregaron una lista no de nombres porque de clave, para mi era chino, medicamentos que nunca en mi vida había visto, pero la colega era una matrona que estaba a cargo del programa en la dirección de servicio, ella se iba a la corporación y el doctor Frías determinó de que el programa se llevaba en el hospital porque los medicamentos tenían que venir a la farmacia y punto y nos trajeron el programa que era un archivador con un listado y unos cuantos papers sobre los medicamentos pero que en el fondo era a nivel usuario, no a nivel profesional y con eso partí. Para mi era chino y no quería por ningún motivo tampoco partir con ese programa porque, o sea cuando a ti te traen una farmacología que tu en tu vida has visto porque era completamente desconocido para la gran mayoría de nosotros y sin ninguna capacitación, es decir que lo único que quiere es salir arrancando, pero después empezaron a llegar los pacientes y de verdad te fuiste involucrando porque tenías que ayudarlos, o sea no, no, no tenías otra salida, no tenías otra salida y le empecé a pedir a gritos que me capacitaran por favor! Porque en realidad no tenía idea de nada. Por mi cuenta fui al Centro del Hospital de Viña y al Centro del von Buren al centro de ETS para que por lo menos las colegas me dieran un barniz de lo que se trataba. No me mandó el servicio, ni Conasida, ni nadie, sino que me aguanté en este sistema como dos meses y como para mi era chino, le dije…" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

La instalación del programa asociativo: de menos a más

La instalación del programa implica definir tanto el perfil de la persona idónea para hacerse cargo del programa asociativo como enterarse que venía un consejero. En virtud de la definición de la no participación de los profesionales de salud en los procesos de selección de los consejeros, a lo que se suma una insuficiente labor de advocacy previa al programa desde el nivel central, la instalación del consejero es la de un convidado de piedra en casa ajena. Esta forma de inicio del programa es resentida desde los profesionales de salud y marca la impronta de una asociatividad cuya iniciativa arranca desde el nivel central.

> *"me enteré por los pacientes. No teníamos información, VIVO POSITIVO nombró a las personas; recién en la segunda selección se me consultó la opinión…" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

> *"…nos impusieron las primeras personas" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

[115] Como referencia, cuando se refiera al Programa de Atención Integral se hablará de "el Programa", y cuando se aluda a la consejería entre pares se mencionará como "el Proyecto".

En definitiva, será la calidad de la relación institucional a nivel local y las cualidades personales del consejero las que permiten el inicio de la relación entre el equipo de salud y el consejero entre pares. Nótese que decimos *relación* y no asociatividad.

> *"Afortunadamente me tocó un consejero estable, con muy buenas relaciones humanas…como trabajador, excelente. No tuvimos ningún problema……tuvimos suerte" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

El malestar respecto a la exclusión del proceso de selección de candidatos tiene su base en una mirada sobre las competencias para la función de consejería, desde la cual ésta no puede ser llenada por cualquier perfil de candidato. Aquí, el sistema de salud se asume como filtro de la idoneidad, en la medida que piensa a los candidatos como usuarios que trabajarán con otros usuarios. La condición de usuarios de los propios consejeros -usuarios que se cruzan a la acera de la atención- será una impronta que marcará el rumbo de la relación asociativa. El supuesto a la base: los que hacen la atención son los que deben seleccionar a sus pares.

> *"Nosotros aquí no tuvimos ni un problema, qué quieres que te diga, ahora si hubiese quedado cualquiera de las otras personas que se habían presentado, yo sé que iban a ver problemas, porque primero tenía que convencerlos a ellos para que convenzan al resto y eso no lo había logrado en mucho tiempo" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Otra impronta: la imagen de la organización social de PVVIH.

El modo de presentar la imagen de una organización de PVVIH y concebir el programa de VIH/SIDA habla de un proceso de construcción de alianzas inestables en el marco de una problemática nacional donde no estaba asegurada la cobertura. Eran los albores de los noventas, donde se instalaba un rol de fuerte presencia pública de las agrupaciones, que presionan a las autoridades y servicios para asegurar la provisión de medicamentos.

> *"los consideraban conflictivos porque luchaban por su terapia…nos goteaban los medicamentos…{el programa de VIH/SIDA} no era un programa que te diera grandes expectativas: puras penas" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Desde el relato del consejero, la agrupación nace con un perfil social –asociado a la autoayuda- y se desarrolla generando iniciativas de alto impacto social y mediático que paulatinamente le abren un espacio en el ámbito público de la ciudad. A partir de esta marca de origen, se asume el proyecto de consejería asociativa como la natural continuación de una misión institucional: la historia de la reacción de autocuidado y apoyo mutuo de una comunidad.

> *"El trabajo se inició antes del proyecto: éramos una agrupación de apoyo y autoayuda, nuestra metodología era la identificación de demandas y determinar líneas de acción para trabajar a nivel grupal e individual: adherencia, tema alimentación, tema reinserción laboral, tema vivienda…conseguir…¿tú a quién conoces? Donde no me llamaban, yo me metía: municipio, gobernación…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Aquí se muestra una diferencia respecto del origen del programa: visto desde la profesional de salud, la instalación del programa marca el inicio de una relación de rumbo incierto. Desde el consejero, el trabajo inaugurado por el

Proyecto no será sino la continuidad de una labor que se funde en el origen de la agrupación local de PVVIH: el trabajo de ayuda mutua.

La motivación para postular

En el caso del Consejero, el interés por postular para la formación de consejería se relaciona con el proceso de reorientación de la organización, al cabo de un período de intenso activismo en torno al derecho a la medicación: en la percepción del consejero, el proceso toma la forma de un ciclo: autoayuda - referente político – vuelta al origen de la agrupación.

> *"Retomar la necesidad de un espacio de autoayuda, motivo principal de formación de la agrupación, que se había perdido por estar en temas más políticos…era necesario otro espacio…la autoayuda es una herramienta válida para el VIH/SIDA, era un desafío" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Arranque del programa

Desde el consejero, se valida la tesis de que la instalación del programa dependió en buena parte de la habilidad y disposición de los actores locales para generar acuerdos de trabajo. No existe una visión compartida en el sentido del malestar existente en el equipo de salud y más bien existe la percepción de fluidez en el arranque del programa. Aquí puede intuirse un foco de problemas: la incapacidad de poner en común las tensiones propias de la etapa de inicio del programa.

> *"Cuando se convocó al programa, era coordinador de la agrupación, los contactos con los profesionales de la salud permiten generar un contexto propicio para el programa…así, el arranque fue fluido, fuimos con Tatiana a Cuncumén, me presento ante la directora y reconozco sala…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

2.2.- Infraestructura: recursos materiales, humanos y flujograma

a.- Recursos Humanos

En la actualidad el equipo está conformado por:

- 2 Tecnólogos Médicos (Banco de Sangre y Laboratorio)
- 1 Médico Jefe del Programa
- 1 Técnico Paramédico
- 1 Asistente Social
- 2 Matronas
- 2 Enfermera
- 1 Médico pediatra
- 1 Químico Farmacéutico

b.- Recursos Materiales

- Descripción de accesibilidad: el box de atención está ubicado en un lugar central respecto de la ubicación de los usuarios.

- Para ser atendidos, los usuarios deben tomar contacto con la enfermera jefe, quien ordena la toma de horas que serán administradas por la paramédico, quien organiza el listado de fichas de la jornada.

- El box de atención está emplazado en un ala del recinto hospitalario que tiene gran movimiento de usuarios y profesionales.

- Condiciones del local: El box está aislado del ruido general, se presenta ordenado a la vista y garantiza privacidad, su aseo es adecuado y tiene una reserva de té y café, así como material educativo cuyo uso es eficiente. No obstante, las carencias generales de infraestructura provocan la disputa por su disponibilidad: no es inusual ser interrumpido y trasladado a otro espacio. Asimismo, la sala de la encargada del programa no presenta ninguna condición para entregar consejería, pues está sometida a constantes solicitudes de los otros programas que coordina y permanece con su puerta abierta. El box de atención no cuenta con señalética: el acceso es conocido por los usuarios y los profesionales se encargan de orientar.

- El box es apto para sostener un intercambio entre un consejero y un usuario/a. Si se diera la posibilidad de trabajar con grupos, existe una sala más amplia en el edificio antiguo.

- La temperatura es la propia de una ciudad austral –calefacción constante- y el aspecto de la sala es neutro en términos de colores. Las sillas son cómodas y el mobiliario resulta adecuado a la función de consejería (existe una provisión de té y café).

- Cuando el consejero atiende, se viste con un delantal blanco y una placa que lo identifica en su investidura. El consejero tiene autonomía relativa para ocupar el box y debe cambiarse si éste requiere ser utilizado por un facultativo. Será voluntad de la paramédico resolver la demanda de recinto de prestación. El servicio opera en horario de oficina.

- En la región, el programa se desarrolla bajo condiciones de carencia de infraestructura (éste es un rasgo común al recinto hospitalario, que presiona a las autoridades centrales para resolver la construcción de un nuevo hospital regional).

> *"No nos podemos quejar pero podríamos estar mejor…tenemos un box multifuncional: en las mañanas nos quedamos sin él…Sergio se acomoda en la sala de espera o en el casino, pero interrumpen…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

c.- Flujograma de atención

El Flujograma opera según ingreso: los usuarios acceden como pacientes hospitalizados, como consultas de especialidades y/o como derivados de la atención. Dependerá de la persona que le solicita el test; de allí, los usuarios son derivados al Programa.

III. Análisis del Proyecto desde sus gestores.

3.1 Procesos internos

a) Asociatividad

Tomando como base la definición establecida en el Modelo Asociativo[116], puede afirmarse que la práctica del Proyecto en el Hospital Regional de Punta Arenas cumple con la formalidad básica del parámetro: un consejero operando en el recinto hospitalario. Con todo, cabe definir el modelo de relación entre actores como uno de *cohabitación:* juntos, mas no revueltos.

Con todo, desde la ex Coordinadora local desde el equipo desalad, existe una valoración del rol del consejero entre pares, que se relaciona con una agenda y un modo de hablar de la que ésta se asume excluida: la condición sociocultural del usuario. Ese espacio imposible de llenar por los profesionales da pie a un rol específico para el consejero entre pares: hablar desde la vivencia. Esto tiene una triple apertura donde se muestra su potencia: desde su condición de persona que no es profesional de la salud (no se le debe demostrar congruencia); desde su condición de PVVIH (no se le debe enmascarar la condición); desde su condición de persona (se le puede hablar en tanto 'entendido').

> *"para nosotros fue un tremendo apoyo…hay cosas que tú como profesional no puedes hacer…entre pares se entienden mejor…temas como la sexualidad homosexual no te lo preguntan" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

La conversación entre sujetos que comparten la condición de PVVIH es una conversación de personas, no de roles sociales formateados previo a la sesión: pacientes, adultos, varones, madres, trabajadores. En este caso, la conversación opera como un recurso para hacerse cargo de los temas difíciles, donde está prohibido hablar: tal vez, la potencia principal de la palabra radica en desplazar el silencio -el significado SIDA-muerte-, tematizar la condición de PVVIH –acompañar su elaboración- y con ello, asumir que la vida continúa.

La potencia del consejero está en su articulación de habla y escucha: no es pura habla. Es un habla y una escucha pertinente: es la diferencia entre el dictado y el tratar de entender a una subjetividad desencontrada, que busca aproximarse a sí misma. Luego, el consejero no habla desde un rol, sino desde una condición personal que no se cuelga en un perchero: habla a otros como uno que vive para contarla.

---

[116]"La Consejería asociativa es un espacio de coordinación y retroalimentación entre los consejeros/as del equipo de atención integral y los consejeros/as entre pares, con el fin de potenciar y complementar los efectos de las intervenciones de cada uno en consejería en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria a las PVVIH. Se desarrolla a partir de un programa de trabajo conjunto que considera la coordinación entre la consejería de los equipos de atención integral y la consejería entre pares que se implementa en cada Centro de Atención Integral a PVVIH que participa del proyecto".

Desde la óptica de la asociatividad, la encargada del programa sostiene una visión de complementariedad del trabajo donde su rol pasa por establecer las regulaciones a la actuación de un actor externo al sistema de salud y, cuando corresponde, facilitar su actuación.

> *"No tuve problemas. Lo único que hice fue un rayado de cancha, por ejemplo el control del uso del delantal, el pedir permiso cuando el consejero iba a zona de hospitalización…" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Asimismo, la presencia del Consejero entre pares introduce una dinámica de ordenamiento de estilos donde ambos, encargada local y Consejero entre pares asumen una posición de conciliación de conflictos: una complicidad de roles, particularmente ante las actitudes refractarias al trabajo en equipo de algunos profesionales de salud.

> *"{¿Existe noción de equipo asociativo?} Sí, en compartir debilidades, dificultades, nos une la relación con el médico, inventar estrategias hasta el día de hoy…yo era la conciliadora, ellos ponían la denuncia, la paciencia para no presionar de otra manera" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Por parte de los consejeros, el discurso sobre la valoración de la consejería desde el equipo de salud es eclipsado por la práctica. El caso del programa de consejería en la XII Región demuestra que el programa no avanza si no cuenta con liderazgos convencidos y legitimidad en la jerarquía, en ambas partes del sistema asociativo, a nivel local y nacional.

> *"Se nos dijo que éramos un aporte porque vemos temas que no se comentaban…el médico no sé, siempre tuve que andar corriendo tras él, le hablo cuando es mi control" (Consejero 1, Punta Arenas)*

> *"Los espacios conjuntos se tienen que reforzar…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Desde los consejeros, se percibe que uno de los puntos de fuga de la asociatividad del programa se relaciona con la actitud de los médicos tratantes. En la medida que el sistema de salud es jerárquico y que dichos profesionales ocupan el vértice de la pirámide institucional, el programa debió considerar esa realidad en su diseño de instalación y garantizar una labor de advocacy específica hacia este actor que, desde la perspectiva del consejero, se mantiene reacio frente al trabajo con las agrupaciones a partir del paradigma de control ciudadano que predominó en las OSC de PVVIH durante los noventa. Éste, habría generado en el sector salud la impresión de que la presencia de los consejeros entre pares al interior del hospital podía ser una amenaza, en la medida que aumentaría su vulnerabilidad ante la fiscalización de los usuarios.

> *"El equipo no tiene trabajo asociativo desde el punto de vista de la retroalimentación…se debió incorporar a los médicos tratantes a la capacitación para que tengan claridad de cuál es la visión del modelo de consejería entre pares…los médicos quedaron marcados por las manifestaciones públicas de una fase de la historia pero hemos avanzado…hay una nueva generación de médicos" (Consejero 1, Punta Arenas)*

b) Derivación

Uno de los indicadores claves del Modelo Asociativo es la existencia de una derivación de usuarios desde el equipo de salud hacia el Consejero entre pares. Desde este punto de vista, la dinámica de derivación del sistema es débil.

De hecho, en este punto se revela una paradoja: desde la coordinadora local, se opta por preservar la calidez del espacio de consejería a costa de invisibilizarlo a nivel de sistema. Veladamente, se mantiene una microresistencia a los mecanismos de institucionalización del programa: como si la conversación no tuviera lugar en la definición del sistema de atención y debiera quedar como lo-que-está-por-fuera.

> *"Casi nunca hice un papel de derivación, a todo el mundo le decía pero mandarlo con un papel es muy frío…" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Criterios: el nexo de las 2 consejerías

El rol del consejero comienza a tomar forma –complementaria- frente a un factor situacional de la consejería desde el equipo de salud: la falta de tiempo del personal para atender a todos los nuevos ingresos del programa. Desde la encargada del equipo de salud, este modelo de roles complementarios estipula un proceso corto (consejero salud) y un proceso largo (consejero entre pares).

> *"cuando ingresaban los mandaba a todos; le daba un barniz en los temas, recalcaba los temas más importantes…cuando empezaban a tomar terapia les hablaba de los medicamentos. Nunca tuvimos apoyo de nutricionista" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

> *"Como profesional de la salud le das todo el abanico de posibilidades, todos los beneficios, ahí entra la consejería entre pares. La gente se demora hasta 2 a 3 meses en volver a la consejería entre pares"*

> *"El apoyo, yo doy los títulos, el trabajo de consejería largo lo hacen los chiquillos" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

La relación con la coordinadora local muestra una expresión de trabajo asociativo: la profesional sugería la agenda de contenidos a tratar en la sesión. Con todo, la carga de impulsar el sistema de derivación queda depositada en la coordinadora local y fundamentalmente –como veremos más adelante- en la paramédico.

> *"los orientaba sobre los temas que tenían que tocar en la consejería, veíamos los temas…las derivaciones más frecuentes eran a psiquiatría o al psicólogo. El doctor sí derivaba pero descansaba mucho en lo que yo hacía" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Se perfila cierto modo de trabajo asociativo que responde al modelo de las *comunidades de práctica:* grupos de personas que construyen aprendizajes y acuerdos de trabajo porque comparten una labor en el cotidiano. Su existencia

está fuera del espacio institucional. De hecho, la mayor parte del saber y las organizaciones transita por esta vía.

La derivación que no funcionaba

Puede hipotetizarse que si bien las tensiones no afloran en la formalidad del funcionamiento del programa, sí lo hacen a la hora de poner en práctica su principal aspecto operativo, esto es, la derivación. Ello obliga la autogestión de atenciones por parte del consejero, actuando por fuera de los parámetros establecidos en el flujograma del Modelo. Este mecanismo es nombrado por los actores con el eufemismo de "derivación espontánea" (cuyo conocimiento desde el nivel central terminó en una amonestación por el actuar del consejero).

> *"Había mucha energía porque había una responsabilidad…al principio…hubo todo un proceso, la transferencia desde el equipo de salud no se daba y nosotros no lo entendíamos tan estricto, que si yo no tenía derivación no podía moverle las pestañas…la secretaria del médico y Tatiana derivaban más, me pasaban los datos y yo me acercaba…empezamos con derivación espontánea y nos tiraron las orejas" (Consejero 1, Punta Arenas)*

¿Puede llamarse "espontaneidad" a una modalidad operativa que dura un año completo? Más bien, lo que se observa es un proceso de asimilación al modelo que se limita a aceptar la presencia del consejero en las dependencias hospitalarias pero no sin disposición efectiva al trabajo asociativo (con excepción de la coordinadora y la paramédico). A la base de esta situación, existe una reflexión sobre las insuficiencias del proceso de instalación del programa: la ausencia de una conversación de cada parte y entre ellas sobre el sentido de la instalación de un programa como el evaluado. En los hechos, el programa se sostuvo por un carril paralelo: la derivación de la técnico paramédico. En definitiva, llamamos "derivación espontánea" a la modalidad operativa de un programa que para funcionar debe incumplir los requerimientos del Modelo en virtud de la falta de asociatividad de sus actores.

> *"Hubo un error por mecanización del sistema de salud: dirigismo, no hay consulta, no nos sentamos todo el equipo para ver el sentido, la motivación…de hecho, durante un año fue atención espontánea…la técnico paramédico comenzó a derivar" (Consejero 1, Punta Arenas)*

El límite de este modelo de operación del programa es la asimilación del consejero a los cánones estéticos de la institucionalidad de salud: comienza a usar delantal blanco.

> *"Por normativa tengo que usar delantal blanco…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

La derivación: ¿nudo a resolver o punta de iceberg?

El rodaje del programa introduce otras dificultades a la derivación, esta vez originadas en la dinámica del equipo de salud y en las trazas del Modelo: ¿sobrecarga de trabajo traducida en ausencia de derivación? Más bien, déficit de legitimidad institucional del programa en la realidad local. Por otra parte, la

modalidad de consejería enfrenta sus límites frente al usuario antiguo, que refracta la lógica actual de la prestación y asimismo frente al establecimiento de una dinámica de autoderivación, que alude al vínculo extenso del usuario y el consejero.

> *"Hay un problema con la derivación: están sobrepasados…el desborde se produce cuando cambia la encargada: tiene 4 o 5 programas que atender. La derivación disminuye porque ya cumplieron las 4 sesiones y los antiguos ya creen que se las saben todas…de las matronas, cero derivación..chocan las lógicas del programa: no derivan porque tienen mucho trabajo" (Consejero 1, Punta Arenas)*

> *"Después de la primera sesión hay autoderivación…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Contraderivación

En términos de la contraderivación, esto es, la retroalimentación desde el consejero entre pares hacia el equipo de salud –que implica la potencial referencia del usuario hacia otros profesionales- las lógicas de confidencialidad del programa y las condiciones de infraestructura de la prestación terminan conspirando contra la eficacia de la red de atención. Frente a esta situación, el consejero aprende a desarrollar estrategias para conseguir eficacia en sus actuaciones: implementa alianzas con actores específicos del equipo de salud.

> *"Lo he realizado con una persona alcohólica y con mal resultado. Las que resultan bien son las en coordinación con la asistente social…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

> *"otro problema es que el programa psiquiátrico funciona al otro extremo de la ciudad…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

> *"lo que existe en el hospital es un área de pacientes críticos pero cuando tuve que solicitar una interconsulta costó un montón…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

No hay circularidad en el proceso de derivación y contraderivación. El flujo se corta, bien por la falta de tiempo del equipo para realizar un seguimiento de los casos o por simple omisión de alguno de los integrantes del equipo de salud.

> *"Tendríamos que hacer retroalimentación pero no tiene tiempo…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

> *"No sé si hay un caso en que el médico le haya preguntado a un usuario cómo le fue en la consejería…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Asimismo, otra de las facetas de la ausencia de retroalimentación es la carencia de controles de calidad y la insuficiencia del acompañamiento en el nivel central. Los Consejeros comprenden –desde la falta- la importancia de la retroalimentación como función de aprendizaje de un sistema de trabajo.

> *"{tenemos la} retroalimentación de casos que hago con Sergio… no existe formato de evaluación, está la visita anual…eso se queda corto: el tema VIH/SIDA evoluciona diariamente, la retroalimentación es fundamental, al menos una vez al año…yo accedo a recursos pero por mis medios…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Un sistema sin retroalimentación deja de tener señales para evaluar todas las fases del operar: la pertinencia de su modelo (insumo), su interacción como

equipo (proceso) y la calidad de su relación con el usuario (producto). Dejar el sistema sin retroalimentación es condenarlo a la entropía, esto es, a su muerte natural, a la disolución en sus componentes aislados, que comienzan a operar con lógicas autónomas.

c) Análisis de casos

El Modelo Asociativo establece la instalación de un espacio de coordinación técnica entre ambas consejerías, la del equipo de salud y la que se realiza entre pares. En el caso austral, existen problemas por ambos lados de la relación (al interior del propio equipo de salud y en el vínculo entre éste y los consejeros entre pares).

El programa de salud no desarrolla espacios estables de trabajo del equipo sobre temas técnicos. Más bien, esta función es resuelta en la conversación cotidiana entre los consejeros y la profesional. El equipo de salud –y el programa asociativo- se enfrenta a una gran piedra de tope: la escasa voluntad de trabajo colectivo del médico tratante. Podemos llamar a esta relación una asociatividad artificial: no se sostiene en una integración de competencias de los equipos de salud sino en la voluntad de la enfermera a cargo del programa de mantener cierta interlocución con los consejeros.

> *"Existía apertura al tratamiento de temas, pero no en la instancia de equipo. El médico no asiste…tampoco teníamos instancias como equipo {de salud}" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Con todo, el diseño del proyecto asociativo implicaba un momento de trabajo articulado. Pero nuevamente se limitaba a la coordinación entre los consejeros y la enfermera coordinadora del Proyecto.

> *"Para la determinación del proyecto nos reuníamos todos…" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

d) Instrumentos de Proyecto

La instalación del Proyecto marca la introducción de diversos instrumentos de registro y control administrativo. En términos generales, se estima que la operatoria del Modelo tiende a relevar la dimensión administrativa del mismo, manifestándose en cierta rigidez para absorver la riqueza efectiva del trabajo asociativo.

> *"La ficha: extremadamente estructurada, no hay espacio para temas varios" (Consejero 1, Punta Arenas)*

> *" que los informes, los proyectos…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

e) Capacitaciones

El principal recurso del Modelo en términos de construcción de aprendizajes son las capacitaciones realizadas en los talleres nacionales. Desde la coordinadora local de salud, existe una buena evaluación de los procesos de capacitación. Lo anterior opera como un factor legitimador de las competencias de consejero.

> *"Son pertinentes, son excelentes" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

En el caso de los consejeros, el significado de las capacitaciones debiera trasladarse desde un 'evento' hasta constituir un modo de gestión de aprendizajes. Desde este punto de vista, se demanda un espacio de retroalimentación de los equipos. Este dato es relevante, toda vez que son precisamente las comunidades de práctica el modo específico en que se han generado los aprendizajes del programa: abrir espacios de retroalimentación permanentes entre los equipos, permitir el fluir de las iniciativas de intercambio, la difusión de las buenas prácticas ya las lecciones a nivel transversal, pareciera ser una de las vías propicias para generar nuevas pistas de desarrollo del programa.

> *"{en relación a las capacitaciones} es importante los contenidos pero lo principal es la retroalimentación entre los equipos, conocer la experiencia, comparar modalidades de atención…" (Consejero 1, Punta Arenas)*

f) Autocuidado, Apoyo psicológico

El Modelo establece un componente de acompañamiento psicológico y apoyo en aspectos técnicos. Sin perjuicio de su alta valoración como práctica introducida por el programa, existe una sensación de proceso trunco en relación a la promesa de acompañamiento introducida por el modelo. Por su parte, desde los consejeros el apoyo psicológico es valorado como un 'buen apronte'.

> *"Excelente, es practicable…el cómo evadirse, el cómo llevar el diálogo, dar vuelta las situaciones, relajarse…pero no continuó…yo dejaba todo botado y asistía" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

> *"Excelente, bien evaluado, ojalá siga…podría haberse aprovechado más, los profesionales de salud lo valoraron" (Consejero 1, Punta Arenas)*

g) Enfrentamiento de crisis

Uno de los elementos propios de la gestión local del Proyecto se relaciona con las modalidades de gestión de conflictos que se van construyendo de acuerdo a los niveles e instancias establecidas por el Proyecto y a partir del modo de resolver el trabajo cotidiano en el equipo asociativo. En la experiencia del caso austral, tenemos un modelo institucionalizado de resolución de conflictos: éste se apoya en la fuerte identificación de los consejeros con la agrupación local (en la actualidad, el segundo consejero es presidente de la misma entidad).

"En caso de dificultad…me dirijo a Karen. En segunda instancia, a Sergio y a Doris si es nacional" (Consejero 1, Punta Arenas)

3.2 Producto e impacto: la consejería entre pares

a) Organización de las sesiones: el saber del consejero

La consejería entre pares constituye un ámbito de aprendizaje y cambio. En su propio proceso como PVVIH, el consejero construye un saber respecto de la modalidad de los cambios subjetivos. De este modo, el núcleo estratégico de las transformaciones que promueve está relacionado con la reconstrucción biográfica implicada en el proceso de asunción de la condición de PVVIH.

"Esos cambios, especialmente los relacionados con la sexualidad, no se logran con 4 sesiones, especialmente en autocuidado y uso permanente del preservativo…decidirse a asociar el uso a asumir una condición" (Consejero 1, Punta Arenas)

En este punto, existe consenso técnico entre ambos actores (consejero y encargada local): el menú de la consejería es personalizado, centrado en el usuario y por tanto, no tiene número ni término. En este proceso, el consejero aprende a distinguir entre temas de superficie y de fondo: su trabajo es 'desenrrollar' la demanda del usuario a partir de una derivación 'inespecífica' desde el equipo de salud.

"Ordeno mis sesiones según el interés del paciente y según si la enfermedad deriva bien: más o menos el 50% es el tema original de derivación…en el equipo de salud no está la pregunta "¿qué necesitas tú?" por tanto derivan por tincada, si es nuevo, te marcan las tres alternativas" (Consejero 1, Punta Arenas)

La adherencia

Lejos de constituir un problema de suma cero (ajuste total versus desajuste) la adherencia semeja más bien un proceso permanente de ajuste del usuario a una pauta de autocuidado. Proceso en el que el usuario debe estar constantemente dispuesto a reafirmar.

"Siempre hay algún día que te saltas algunas dosis" (Consejero 1, Punta Arenas)

"Se ven temas de inconsistencia: los pacientes no quieren quedar mal con el médico" (Consejero 1, Punta Arenas)

Con ello, aflora el conocimiento propio del consejero. Existe una modalidad-otra de saber: el carrete, la experiencia. El consejero lo es en tanto ha pasado antes por los mismos dilemas subjetivos. No tiene que ver con la condición profesional. Es un saber situado, que fluye de la experiencia: es un modo de hablar, un tono que tranquiliza en el sentido de que lo que viene es vivible. Para ello, el vínculo.

"Se crea otra relación de amistad" (Consejero 1, Punta Arenas)

b) Percepción de impacto

Percepción de impacto: la construcción de un vínculo que desborda al modelo

'La OMS definió la salud en 1948 como
"un estado de completo bienestar físico,
mental y social y no meramente
la ausencia de enfermedad"
…Esta definición sirve como ideal
pero tiene la dificultad
de definir y medir el bienestar[117]

En el contexto epocal de la triterapia, la condición de vida de un paciente VIH/SIDA deviene comparable con la de otros enfermos crónicos. Esto plantea un nuevo escenario que reafirma la necesidad de relevar la cuestión del estigma social como un factor que presiona por la legitimidad un modelo de bienestar donde la consejería encuentra su sentido.

> *"Ahora que hay terapia para todos, si ellos cumplen con su terapia, su calidad de vida puede ser igual a la de cualquier otro crónico: a veces toman menos medicamentos que… un diabético, es peor…" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Como innovación en la oferta de atención, la legitimación de la prestación de consejería entre pares se prueba andando: ello habla de un cambio en la subjetividad del usuario: la necesidad de hablar crea una relación de vínculo que sólo se valida en la medida que se vive.

> *"Muchos no querían…que nadie supiera…después, cambiaban de actitud: querían seguir yendo" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Entre los profesionales de salud que participaron del programa, existe consciencia de la necesidad de que los lineamientos del Modelo deben confrontarse constantemente con los requerimientos emanados de la circunstancia del usuario: actuar desde la demanda. Esta disposición introduce una pauta de flexibilidad en la organización de la prestación.

> *"El modelo es una cosa pero estar con el virus es otra cosa: el paciente viene cada vez que tiene un problema, no puedes ponerle ni número ni término" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

El cambio introducido por la terapia antiretroviral interroga los presupuestos fundamentales a partir de los cuales se organizan los procesos de atención en salud sobre la base de las demandas de vínculo y redes de apoyo que tienen como protagonista al consejero. A juicio de la entrevistada, esta situación tensa los límites de la relación de ayuda y pone sobreaviso del *síndrome de omnipotencia* del que ayuda. La construcción de la autonomía del usuario es procesual y también tiene que ver con el tipo de usuario: su condición de novato.

[117] Manual Servicios para personas PVVIH; Organización Panamericana de la Salud; Washington, 2004.

"Les hacía hincapié a los consejeros de no hacerse el lazarillo de las personas. Uno cae en eso: por temor, no hacen nada sin consultar" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)

La conversación del consejero introduce un elemento de reflexividad que reditúa al usuario frente a sus propios dilemas en materia de autocuidado. Así, la experiencia del consejero permite elaborar un programa de ayuda que se construye 'desde dentro' de la subjetividad de la persona PVVIH, tomando en cuenta una lógica de reducción de daño: la vida continúa pero se puede seguir viviendo en el marco de un plan de administración de prácticas de riesgo. Esta exigencia presiona al consejero en torno al valor de la congruencia.

"La adherencia es excelente, sobre todo en los modos, las fórmulas para reorganizar los carretes: la experiencia, es un saber desde la experiencia, por eso el consejero debe ser idóneo: la agrupación sabe quién cumple y quién no" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)

3.3 Relaciones con el entorno

a) Relación con la red

En lo referido al trabajo con las redes de usuario, no existe una percepción de la familia como un recurso interesado en involucrarse ni del usuario como un actor interesado en involucrar a sus redes. La condición de ciudad pequeña refuerza la tendencia al secreto. No obstante, se reconoce la virtud de los grupos de ayuda mutua.

"{Trabajo con familia?} No, habitualmente no se involucra, dudo que estén enterados. Los que tienen problemas de alcohol hay meses que no viene a retirar terapias…"

"Aumenta la capacidad…en un cien por ciento, cuando se comparte la experiencia" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)

En términos de red de atención, se maneja un concepto que integra a los consejeros en la red de atención. La demanda de confidencialidad pone límites a la ampliación de la red de atención a PVVIH. Aquí hay un rasgo de clausura sobre la operación del sistema que los desarrollos futuros del Modelo deben considerar.

"la red son… los profesionales de salud: el técnico paramédico, los consejeros, las agrupaciones…no usamos la red de atención primaria en el programa, sólo la nuestra porque sería divulgar la identidad de los usuarios" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)

b) Percepción de la Agrupación

Potencialmente, el rol del consejero tiende a suplir el rol del presidente de la agrupación. A partir de esta definición de rol dibujada por la enfermera, se puede apreciar el potencial conflictivo del perfil del consejero: el desarrollo de su influencia puede desgastar el rol de la agrupación y sus dirigentes.

"Las agrupaciones prestan apoyo social, el nexo son los consejeros entre pares" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)

c) Rol del Servicio de salud

Las profesionales entrevistadas en el servicio de salud manifestaron no disponer de mayor información para opinar sobre el programa. Con todo, se plantea la necesidad de ampliar su radio de intervención actual –limitado a los temas administrativos- para introducir preocupaciones técnicas. Lo anterior implica una oportunidad en la medida que permite introducir una mediación en el sistema: tanto en materia de gestión como de acompañamiento técnico. De hecho, la integración de los diversos programas que implican políticas de participación es tarea del servicio.

De fondo, lo que se expresa es uno de los nudos del Proyecto,: la necesidad de introducir dinámicas de descentralización y desconcentración en la gestión, validando el fortalecimiento de los referentes locales e intermedios (región).

c) Percepción del nivel nacional

Respecto del ente público promotor del programa, cabe detenerse en una debilidad mencionada: la necesidad de construir y fortalecer una base técnico-política adecuada para llevar adelante innovaciones al interior del sistema de salud. A juicio nuestro, este rasgo resulta fundamental para comprender los nudos de desarrollo que debe resolver el Programa.

> *"El problema es que la CONASIDA es un ente técnico. ..es vital tener poder político para llevar adelante un criterio técnico" (Consejero 1, Punta Arenas)*

3.4 Percepción del Modelo Asociativo

a) Fortalezas

Una de las fortalezas del Proyecto en su versión local, radica en la importancia concedida por la Coordinadora Local, vinculado a la posibilidad de generar –a partir de la implementación del Proyecto- procesos de apertura comunitaria desde el sistema hospitalario. Una ampliación de giro que resulta particularmente dificultosa para una cultura institucional que tiende a sentirse cómoda 'intramuros'.

> *"Se demuestra que somos capaces de abrirnos a la comunidad, este hospital es súper cerrado" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

En el mismo sentido, los directivos valoran la implementación del programa de consejería asociativa como una demostración de la capacidad de apertura del sistema de salud. Con todo, las opiniones recogidas expresan la percepción formal de un programa con un componente comunitario y asociativo sin reflejar un impacto institucional específico.

> *"Me parece bueno, tanto desde el punto de vista de los pacientes como de los funcionarios, aporta a la calidad de la prestación y la incorporación de la perspectiva comunitaria"*

"El temor al cambio y el estigma opera como barrera para un programa como éste…" (Directora Hospital, Fase 1)

A juicio nuestro, la resonancia podría ser mucho mayor en la medida que su discusión fuera a la par de otros programas que trabajan con enfermedades crónicas y con políticas de participación como los Consejos de Salud.

b) Debilidades

Existe una sensación de deuda del modelo asociativo en lo referido a la operacionalización de sus plazos y sus compromisos de gestión –especialmente en lo referido al acompañamiento y la posibilidad de comprender el sentido más amplio de una intervención de esta naturaleza-. A la base de esta queja, está el efecto persistente del malestar generado por el proceso de instalación del programa y selección de los consejeros. Bajo esta lógica, el proceso de ajuste de los instrumentos es leído como cambio de reglas.

"Lo tienen muy bien programado en el papel pero hemos tenido muchas dificultades: retraso en los pagos, cambio de reglas, imposición de personas…no tuvimos visión de conjunto ni siquiera por escrito…cuando instalaron el segundo consejero, tampoco nos consultaron" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)

El aporte económico

¿Voluntario con contrato a honorarios? La introducción de la lógica del 'aporte' no debe generar confusiones respecto al proceso experimentado por la práctica de la consejería desde la sociedad civil. Los procesos de racionalización de la práctica –certificación de la formación por entidades especializadas, regulación de número de sesiones, instrumentos de registro y control, formalización de horarios- han dado pie para valorar la consejería como una prestación en fase de profesionalización con todas las implicancias: vínculo de dependencia, derecho a vacaciones, a día administrativo y ausentarse por motivos de salud.

"{¿Es importante?} Sí, en la medida que tú te programas pero ha tenido retrasos y generó descalabros. Si no hubiera recursos económicos: la responsabilidad es bastante, pasaría de 8 a 4 horas voluntario" (Consejero 1, Punta Arenas)

Sin perjuicio de la necesidad de profundizar la discusión sobre el desperfilamiento de los programas de voluntariado cuando son inyectados recursos económicos, cabe asegurar un cierto "marco de calidad de vida" para la labor de la consejería, al menos para que el consejero no construya la percepción de un programa que pide mucho y da poco. No debe olvidarse la potencia de elementos simbólicos como el reconocimiento, la certificación profesional de la capacitación recibida y, sobremanera, asegurar los pagos de las horas trabajadas en los tiempos comprometidos. Caso contrario, se genera un sentimiento de 'último eslabón de la cadena' y con ello, un movimiento de desolidarización respecto del programa. Especial atención merece la relación de mediación económica que establece la agrupación, que puede resultar una oportunidad o un foco de conflicto según el manejo que se resuelva sobre el punto.

La coordinación con el nivel nacional

Desde los consejeros, el nivel central –para ellos VIVO POSITIVO- adeuda una modalidad de acompañamiento (en periodicidad y temáticas) más cercana a la ejecución de los equipos. Esta demanda plantea un giro al actual énfasis administrativo del monitoreo.

> *"La coordinación con VIVO POSITIVO no ha dado algunas respuestas claras, nunca se mandó por escrito, nunca nada claro" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Debilidades y fortalezas

Incluimos el siguiente cuadro que da cuenta del ejercicio de debilidades y fortalezas del programa desde la perspectiva del consejero.

Fortalezas	Debilidades
-por primera vez en la historia del país se logra sentar a la sociedad civil organizada y los equipos tratantes: hubo muchas heridas -Hacer capacitaciones integradas fue acertado	-No haber incluido a los médicos tratantes en las capacitaciones: les cuesta incorporarse a una trabajo asociativo (biomédico vs psicosocial) -Falta mayor retroalimentación entre equipos de diferentes regiones -No haber logrado la incorporación del médico tratante al equipo de atención integral -Que no se considere nuestra opinión al momento de cambiar la encargada del programa

En él, se aprecia una valoración del proyecto de consejería asociativa en tanto reivindicación histórica de las agrupaciones de PVVIH: el encuentro político (mesas integradas) y técnico (capacitaciones integradas) entre las organizaciones de sociedad civil y los equipos de salud. Asimismo, se plantea la necesidad de reforzar los mecanismos de advocacy, aprendizaje y participaciòn del Proyecto.

El futuro

No obstante, al cabo del juego vaso vacío/vaso lleno propio de la identificación de debilidades y fortalezas, lo fundamental del discurso del consejero se expresa en su disposición de trabajo, lo que demuestra que en definitiva, no existe el rol de consejero, si por rol entendemos una cualidad externa al sujeto que la porta –un delantal-. Más bien es un modo complejo de entender el rol, que cruza elementos personales y profesionales. Más que un modo de hacer, es un modo de ser. Al mismo tiempo, se reconocen las propias limitaciones y los desafíos emergentes de la labor de la consejería: aumentar su pertinencia de género (se demanda una consejera mujer).

> *"No me veo jubilando, pero falta una consejera mujer" (Consejero 1, Punta Arenas)*

c) Aprendizajes

En la experiencia de implementación de la XII región abundan los comentarios sobre lo que desborda al modelo: se trata de un modo de construcción del programa que llamaremos "extra modelo", en la medida que genera sus condiciones de posibilidad en un contexto de escaso trabajo asociativo y con autogestión de las atenciones por parte de los consejeros. Para ser precisos, en estos casos el programa debe llamarse "Consejería entre pares dentro del recinto hospitalario".

Desde el punto de vista del Modelo, todo se desborda: número de sesiones, criterios de confidencialidad (se entregan los teléfonos a las personas), inexistencia de espacios técnicos de trabajo asociativo, precariedad del espacio, diversidad de funciones servidas por las mismas personas (consejería, presidencia de agrupación, mediación ciudadana).

> *"El modelo debe ser revisado…por ejemplo, una situación de una mujer con ligadura de trompas que quiere ser madre…el carácter de la consejería aborda las cuestiones de la carga emocional y asesoría en derechos ciudadanos" (Consejero 1, Punta Arenas)*

Nuevos desarrollos para el modelo: el campo grupal-comunitario

Sin perjuicio de la validez de las directrices del Modelo, se plantea la apertura de la práctica de la consejería en su dimensión comunitaria: integrar los sistemas familiares, los mecanismos de grupos de ayuda mutua. A pesar que se afirma que la infraestructura hospitalaria no estaría en condiciones de albergar una práctica como esa –es dable pensarlo como una ampliación o recuperación del giro por parte de la Agrupación-, el trabajo de terreno muestra lo contrario.[118]

> *"Creo que el modelo es adecuado pero deberían hacer consejería entre pares con la familia, o fuera de acá, que la persona no sólo tenga que venir al hospital…la validez de grupos de autoayuda, eso es posible"*

> *"Abrirse hacia la comunidad, aquí es imposible…si fuera en otro lugar, sería mejor, sobre todo cuando nosotros tenemos el tiempo, que lo hagan ellos con el apoyo nuestro" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

Temas emergentes

Consultada sobre los temas de los que la prestación de la consejería debería hacerse cargo, surge la necesidad de distinguir entre actualización y capacitación, quedando la última como una función de ingreso a nuevos consejeros y la primera como una tarea constante del modelo de atención. Asimismo, hay una demanda al arsenal farmacológico público, de cara a las nuevas tendencias del VHI/SIDA.

> *"Las terapias, para dónde van: tenemos pacientes resistentes ¿Conasida va a aumentar su arsenal? ¿Van a traer terapias de rescate? Sabemos que a los 10 años comienzan a hacer resistencia" (Coordinadora Local Salud, Fase 1)*

[118] La actual infraestructura del Hospital regional dispone de una sala amplia, con capacidad para trabajar en grupos y un auditorio para actividades informativo-educativas.

IV.- El proyecto visto desde los usuarios

a) Medio por el cual se informa del Proyecto

Dado el flujograma establecido por el Modelo, la opinión sobre la difusión del programa es un indicador clave de la calidad de la asociatividad construida por el Proyecto. Independiente que algunos de los usuarios reconocen haber sido derivados por personal de salud, existe la percepción de un Proyecto que opera con un bajo perfil de difusión entre sus potenciales usuarios. En ocasiones, para los usuarios esta evaluación toca la definición básica del proyecto: su carácter asociativo.

> *"El programa tiene pésima difusión…si no es por la enfermera y que uno tiene un problema puntual, no sabría…" (Usuaria, 29 años)*

> *"La difusión es mala…la parte médica que debían comunicarte que hay una consejería no lo hacen…yo estuve antes de eso muchos antes, porque iba a buscar mis medicamentos solamente al hospital y nadie me informaba que estaba esta consejería…malaza la comunicación" (Usuario, 33 años)*

El criterio de derivación utilizado por el profesional de la salud –el médico jefe del programa- demuestra la difusión del Proeycto como un asunto de voluntad: estimular la asistencia a la consejería o limitarse a enunciarla como una posibilidad condicional. Los medicamentos se 'recetan', la consejería se 'sugiere'. En términos de eficacia, la auxiliar paramédico es el recurso más destacado del Proyecto asociativo.

> *"El médico me derivó, que había un consejero que daba apoyo moral o psicológico y que si quería conversaba. Me vine altiro a verlo…" (Usuaria, 21 años)*

> *"Me derivó la auxiliar paramédico…ella sabía al atenderme con el doctor que tenía VIH…me preguntó al tiro cuando me estaba pesando si quería conversar con una persona …me detalló lo que me iban a ayudar y le dije que sí y me pasó altiro" (Usuario, 33 años)*

b) Percepción general del proyecto

La valoración positiva es consensual entre los usuarios del proyecto entrevistados. Podemos enunciar algunos de sus principales aspectos:

- Permite la reconstrucción subjetiva a través de una relación de ayuda fundada en la palabra;

  "El programa es muy bueno, te ayudan mucho, a uno se le cae el mundo, ellos te conversan y te suben la autoestima un montón, es súper importante…" (Usuaria, 21 años)

- Ayuda a los usuarios a producir el tránsito subjetivo desde el significado VIH/SIDA-Muerte al de VIH/SIDA= Enfermedad crónica.

  "En el caso mío me ayudó bastante, yo pensaba que yo me moría con esta cuestión del VIH… antes de ir a consejería me daba lo mismo,…empecé a ir y me comunicaron, me

enseñaron qué tenía que hacer, lo que iba a sufrir más o menos de repente…estaba en un plan de venganza…pero no tenía síntomas, no sabía porqué tenía que tomar medicamentos o porqué tenía que cuidarme físicamente…no sabía…para mi era como seguir la vida nomás, pensaba que en un momento me iba a llegar así fulminante nomás y chao" (Usuario, 33 años)

"Pensaba que me iba a venir un patatú y chao…de este mundo, he aprendido a ver que esta es una enfermedad que se va tratando…no me voy a sanar pero puedo seguir haciendo mi vida …he seguido trabajando…" (Usuario, 33 años)

- Provee un soporte de red de ayuda informativa y de acogida de plena disposición

"Siempre se preocupan de responderte con claridad y te escuchan y te saben acoger…Los he llamado a las 12:30 PM …me habían avisado que tenía que cambiar mi tratamiento y me asusté…" (Usuaria, 21 años)

"La primera vez él me asesoró en todo el tema previsional, como la explicación no me dejaba conforme tuvimos más sesiones y conseguí lo que necesitaba. Después me aboqué a la consejería, vinieron los exámenes" (Usuaria, 29 años)

- Ha validado la consejería como prestación fundamental en un paradigma de salud centrado en el logro del bienestar.

"el programa aporta bastante, han tenido bastante llegada porque la gente es reacia, han sabido llevarlo" (Usuario, 55 años)

"El programa es completamente necesario, debería ser obligatorio para las PVVIH pasar previamente al consejero" (Usuaria, 29 años)

Construcción de Vínculo

En la práctica del Programa en la XII Región, la consejería construye un vínculo de acompañamiento o relación de ayuda que desborda los límites del Modelo y plantea interrogantes sobre la validez del esquema de 4 sesiones.

"Uno se hace una amistad, sin dejar de hacer la conversa sobre tu situación…yo me había desaparecido, andaba trabajando y ellos te llaman…" (Usuaria, 21 años)

"Siempre ha sido bueno, he construido un vínculo…tengo el teléfono de ambos…hemos hablado a la madrugada, por problemas con mi pareja, con mis hijos, allí han estado ellos aperrando conmigo" (Usuaria, 29 años)

"Se armó un vínculo…en la parte del hospital pero también otra relación…de amistad…" (Usuario, 33 años)

La palabra del consejero tiene el valor de alguien que ha pasado antes por el mismo camino del usuario: experiencia.

"Necesito al consejero…porque están pasando lo mismo que tú…" (Usuaria, 21 años)

c) Calidad de la atención del Equipo de Salud y el Consejero

No obstante existe una buena opinión sobre la calidad de atención del equipo de salud, se mencionan experiencias de vulneración del derecho a la confidencialidad que reflejan una falta de preocupación e información sobre el manejo adecuado de los datos de los usuarios.

> *"Siempre me han atendido bien…" (Usuaria, 29 años)*

> *"Me han tratado bien, a tiempo mis exámenes y medicamentos, también se han preocupado por mi, si no puedo venir me llaman, me recuerdan" (Usuario, 55 años)*

> *"He tenido mala experiencia, deberían capacitarse, también en confidencialidad: en mi carnet de maternidad sale que tengo VIH… He tenido problemas de acceso, me han dado remedio equivocado, error del doctor" (Usuaria, 21 años)*

La división tácita de funciones, -recordemos que la enfermera define su operación como un 'barniz'-, es evaluado por los usuarios como una falta de disposición que termina clausurando las expectativas de atención y limitando el vínculo a prestaciones concretas por parte del equipo de salud. El perfil del consejero se construye peligrosamente 'contra' el modo de accionar del equipo de salud.

> *"He tenido más contacto con el médico…la atención ha sido buena, cuando le hago consultas ha respondido, me indica, me da consejo…la parte enfermería no…ellos como que no se acercan cuando uno va a buscar su medicamento…están siempre apurados, preocupados de otra cosa y uno mismo tiende a no preguntar porque están siempre apurados, ocupados" (Usuario, 33 años)*

Asimismo, en términos generales existe una buena evaluación del trato del consejero desde los usuarios. Es relevante constatar que el consejero maneja una agenda temática diferente a la del personal de salud: son los temas vinculados a la condición del usuario. Confianza y caída del tabú son los términos más utilizados para definir la conversación entre usuario y consejero.

> *"Bueno, respetuoso, muy informativo, me indicó muchas cosas y me ayudó muchas cosas, fue muy provechoso para mi" (Usuario, 33 años)*

> *"Tú le tienes más confianza al consejero, le puedes preguntar algo sin tapujos, de repente como que a la enfermedad o al médico cuesta un poco preguntarle, el consejero no…ya no tienes vergüenza de preguntarle algo…" (Usuario, 33 años)*

Existe una percepción de mejora de la calidad de atención desde el equipo de salud desde la instalación del programa. No obstante, la incorporación del consejero no es leída como una nueva prestación que aumente la calidad de atención del sistema, sino como un aliciente o presión que exige a los profesionales de la salud.

> *"Sí, es como una presión para ellos…han tomado más cuidado, lo conversan…" (Usuaria, 21 años)*

> *"La gente está más dada a la atención del paciente, más preocupada…" (Usuario, 55 años)*

d) Calidad de los espacios físicos

Con la salvedad explícita de la limitación de espacios –que puede introducir deterioro del clima conversacional- los usuarios tienen una percepción aceptable de la infraestructura de atención.

e) Percepción de asociatividad entre los actores

Al ser consultados sobre la articulación percibida entre el personal de salud y los consejeros, resulta evidente la falta de asociatividad del programa para los usuarios. Incluso, se percibe cierta desvalorización de la capacidad del consejero desde los profesionales de salud.

> *"Más o menos, el médico tratante una sola vez me nombró la consejería, no es que haya mala vibra, pero si son un equipo que trabaja con un grupo de personas debían ser más aflatados" (Usuaria, 29 años)*
>
> *"Veía que había poca comunicación entre los dos porque …de repente te decían algo y no te decían que lo podías consultar con ellos …como que el consejero sabía poco, esa impresión me dejaban, como que no le tenían mucha fe al consejero" (Usuario, 33 años)*

f) Percepción de impacto sobre la propia conducta

En opinión de los usuarios, existe un conjunto de aportes de la Consejería entre Pares al fortalecimiento de capacidades propias:

- Permite superar las crisis propias del momento posterior a la notificación: venganza, autodestrucción.

  "Cambié mucho mi forma de pensar…pensaba que me la hicieron, se la hago a todos, también en cómo informar a mi familia, me sentía culpable" (Usuaria, 21 años)

  "Sin duda me la han mejorado…si incluso han evitado…vivía en depresión con intentos de suicidio, gracias a ellos no he vuelto a tener…siempre he tirado pa'rriba…me permite fortalecer capacidades intelectuales, estar siempre informada" (Usuaria, 21 años)

- Desarrolla en los usuarios una conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Esto tiene especial importancia en el caso de las mujeres.

  "… tantas cosas que nunca había imaginado…me enteré del protocolo para embarazadas a través de ellos" (Usuaria, 29 años)

  "si no fuera por ellos {los consejeros} no tendría idea que las personas con VIH tienen derechos, a la privacidad…encontré una hoja con mis datos botada en el suelo del SOME y no era necesario pues basta con el código…" (Usuaria, 21 años)

- Produce o activa en el usuario recursos personales para ejercer la autonomía.

  "{Te permite} tomar esto mejor, preocuparte más de ti, ser más cuidadosa" (Usuaria, 21 años)

"me permite asumir mejor mi condición de portador de VIH…antes me costaba cuando recién partí…no lo he comunicado a todas las personas tampoco, de mi círculo de personas de trabajo pero las personas más cercanas sí" (Usuario, 33 años)

"Andaba por la libre, no soportaba los remedios, los chiquillos me sacaron de las dudas, que qué pasa si no me los tomo…" (Usuario, 55 años)

- Provee acompañamiento y herramientas para la reconstrucción subjetiva.

"…prepararte para vivir con el virus: acompañamiento, asistir al control, que la vida no se acaba, que va en uno…" (Usuaria, 21 años)

"me dijo que podía seguir haciendo mi vida tal cual…que esta era una enfermedad crónica, no voy a tener mejoría pero puedo seguir haciendo mi vida en forma normal…entre comillas" (Usuario, 33 años)

- Suministra información, herramientas para la construcción de autonomía, espacios de acogida.

"el principal aporte…anímico-informativo. Siempre han estado allí, apoyándome sus posibles soluciones, porque las soluciones las toma uno, siempre han demostrado ese interés hacia mi persona para verme bien…ahora, en cuanto al tratamiento se han tomado la molestia porque tengo muy mala memoria, me pasan hojitas… siempre preocupados de todo" (Usuaria, 29 años)

g) Deserción/inasistencia a las sesiones de consejería asociativa

No obstante algunas personas reconocen haber faltado a algunas sesiones de consejería, siempre fue por motivos de salud o trabajo y se recuperó con una nueva hora. Si bien existe una importante adhesión al programa por parte de los usuarios, debe tenerse en cuenta la realidad laboral de las personas para organizar los horarios de la prestación.

"Me he perdido de las sesiones del médico y del consejero, tenía problemas estomacales y no podía asistir pero la arreglaba con una nueva hora" (Usuaria, 29 años)

"Fue por problemas de trabajo, el horario no es cómodo…sería ideal después de las 6 de la tarde…obligado a hacerlo en otro lado" (Usuario, 55 años)

h) Percepción de la Agrupación de PVVIH

A pesar que existe una buena percepción del sentido de la agrupación –estar juntos, ayudarse mutuamente-, existen obstáculos para incorporarse a las diferentes alternativas existentes.

"Bueno que haya grupos, que se converse, estaría dispuesta a participar con otras personas PVVIH…" (Usuaria, 21 años)

"Tengo buena percepción, ellos me han dado metas profesionales, participar en los cursos, ellos saben que ese es mi interés" (Usuaria, 29 años)

"Fui a la agrupación AVAE…porque tuve tiempo pero de ahí no se me invitó…ahora último pasé y me dijeron si que me quería integrar pero quedó todo ahí…" (Usuario, 33 años)

i) Principales dificultades observadas en la consejería asociativa

Las carencias de infraestructura, la insuficiencia de las sesiones consideradas por el Modelo y la falta de trabajo coordinado son las principales dificultades percibidas por los usuarios.

"El espacio, por ellos y por nosotros, que tengan lo suyo" (Usuaria, 21 años)

"Las limitaciones de las sesiones…el trabajo en prevención está muy poco masificado…" (Usuaria, 29 años)

"{¿Te parecen adecuadas 4 sesiones?} No, ¿4 sesiones a la semana? {No, en total} Pero es que son muy pocas poh…porque te sale una duda, te sale otra y ¿a quién le preguntas? Porque con el doctor no hay confianza y la enfermera están siempre ocupadas, entonces a quién le preguntas esas cosas? En ese sentido la consejería me ayudó bastante…" (Usuario, 33 años)

"nos invitaron a un curso, pero era a las 4 de la tarde, una vez se presentó la oportunidad de que fueran mis hermanos…" (Usuario, 33 años)

"falta más comunicación…con la auxiliar es con la que más se llevan…los he visto muy poco conversar con las enfermeras, con las que toman las muestras…" (Usuario, 33 años)

Demandas, sugerencias

Al ser consultados por las demandas o mejoras a introducir en la prestación de la Consejería entre pares, los usuarios señalan la necesidad de aumentar la pertinencia de la prestación por la vía de incorporar una consejera mujer es una demanda instalada. Asimismo, considerar la realidad de las personas que trabajan.

"…muchas mujeres tienen problemas para hablar con un hombre independiente que sea gay [por ello es necesario]… Una consejera mujer…también el proyecto no debiera tener límite porque la epidemia no tiene límite…" (Usuaria, 29 años)

"…cambiar el horario…se debería hacer en otro lugar a una hora que las personas podamos asistir…" (Usuario, 33 años)

Asimismo, existe una disposición favorable a participar en grupos de ayuda mutua. Éstos pueden funcionar dentro o fuera del hospital y constituyen una proyección concreta del trabajo de consejería, en su dimensión grupal.

"Sí, porque nosotros sabemos quiénes somos y nos quedamos mirando pero no somos capaces de hablarnos… {¿te sientes preparado para hablar con otro?} Me gustaría comunicarme con otra persona pero falta alguien que lance la primera piedra…que aquí está este muchacho…han servido sí los cursos que han hecho porque uno conoce personas, los sigo saludando…nos vemos únicamente cuando tenemos control y nos preguntamos cómo está y eso ojalá fuera factible…" (Usuario, 33 años)

V. Conclusiones

¿Cómo surge y se implementa el modelo de consejería asociativa?

1. En la experiencia analizada, el Programa de Consejería Asociativa surge de la confluencia del trabajo previo en materia de ayuda y prestación de consejería desarrollado por la agrupación HAIN (en el marco de un lineamiento de VIVO POSITIVO) y de los procesos generados a partir de la implementación del Programa de Consejería Asociativa desde el nivel central (lineamientos, capacitaciones, destinación de recursos, operacionalización de acuerdos institucionales).
2. La integración de los actores al programa asociativo (sector salud, agrupación) se desarrolla en los ritmos y tiempos de la implementación (selección de consejeros, capacitaciones conjuntas, construcción de proyecto local, obtención y habilitación del local de funcionamiento, entre otros). No obstante, existen situaciones que marcan negativamente el inicio y el devenir de la operación conjunta: el malestar generado por la no participación del personal de salud en la selección de los consejeros; la percepción de los actores locales en orden a una insuficiente labor de advocacy sobre el programa desde el nivel central, que se traduce en una percepción de conocimiento indirecto del equipo de salud sobre el advenimiento de un programa que se implementaría dentro del recinto hospitalario (señalan haberse enterado por los usuarios antes que por los canales del sistema); la percepción de la agrupación como una potencial amenaza por su función de control y denuncia ciudadana, que a su vez instala una imagen de la cohabitación como una situación de vulnerabilidad y exposición para el equipo de salud.
3. Lo anterior se une a la debilidad de las dinámicas de trabajo en equipo del propio sector salud –se señala un débil involucramiento de las autoridades locales del Programa de Atención Integral-, que incide en la aceptación formal de la presencia de los consejeros en el recinto hospitalario y en la ausencia de una reflexión más amplia del equipo de salud sobre las potencialidades de un programa como el evaluado en la perspectiva de legitimar su involucramiento activo.
4. La posibilidad de instalación del programa en la región se relaciona con una combinatoria de factores regionales y nacionales: de un lado, la historia previa de los actores locales y su capacidad de construir acuerdos; de otro, con la cultura institucional de acatamiento de las directrices técnico-políticas emanadas del Ministerio.
5. Por lo expuesto, se observa un esquema de articulación de actores locales que, intentando cumplir con las formalidades del Modelo de Consejería Asociativa, no construye una asociatividad sustantiva. Si la Consejería asociativa se entiende como un espacio de coordinación y retroalimentación de los actores para potenciar sus propias intervenciones, podemos afirmar que la realidad regional del programa cumple al mínimo este rasgo sólo en lo relacionado al vínculo de los consejeros y la coordinadora local del programa, que son los actores que se encuentran con mayor frecuencia (se excluye al resto del equipo). A pesar de la existencia de un programa de trabajo o proyecto local enviado para solicitar recursos, no se registra propiamente un programa de trabajo conjunto ni un nexo con otros

programas de participación comunitaria intrahospitalaria que puedan impactar positivamente en el rumbo de la relación asociativa. Hablamos de un modelo de *Asociatividad por cohabitación*.

6. En este contexto, no se observa una práctica constante de difusión y promoción de la prestación de consejería y una débil operación del motor estratégico del programa, la derivación. Esto obliga al consejero a construir redes y alianzas con actores secundarios del sistema que pasarán a ser estratégicos para la posibilidad de la consejería entre pares al interior del hospital como la técnica-paramédica. Esta situación recibe el nombre de "derivación espontánea", que más bien refiere a la autogestión de atenciones por parte del consejero. Dicha práctica, lejos de vincularse a la marcha blanca del sistema, pasa a ser el estilo predominante a lo largo de un año de funcionamiento del programa.
7. Por otra parte, la instalación de espacios técnicos que vayan más allá del vínculo cotidiano entre los consejeros y la enfermera coordinadora si bien existieron en el principio, terminaron reducidos a su mínima expresión, por la escasa disposición de tiempo y/o interés por parte del equipo de salud, con excepción de la enfermera coordinadora. En consecuencia, no se generaron mecanismos sistemáticos de retroalimentación entre las partes del sistema (en materia de calidad de la atención o de tratamiento de casos): ni el sector salud tiene referencia sobre el actuar del consejero ni los consejeros cuentan con un acompañamiento técnico adecuado en el nivel local. Cada componente del sistema tiende a operar por separado en un precario equilibrio que en la actualidad, está a la espera de su resolución.
8. En términos de fortalezas, existe consenso frente a la importancia de la existencia del programa –no obstante su escaso desarrollo- como espacio de encuentro en la política pública entre el accionar de la sociedad civil organizada y el sistema de salud; asimismo, la disposición de los consejeros a continuar con el programa y la realización de procesos de capacitación conjunta. En materia de debilidades, se resalta la escasa implicación de los médicos en la implementación del programa local.
9. En lo referido al respaldo institucional, el programa no está vinculado a otras iniciativas de participación ciudadana en el recinto hospitalario y el rol cumplido por el servicio de salud se limita a los aspectos administrativos del programa, no ejerciendo mayor seguimiento del mismo. Los nexos institucionales desarrollados por la agrupación no juegan un rol relevante en el fortalecimiento de la relación asociativa.
10. En este escenario, la coordinación horizontal de actores se manifiesta en las formalidades del programa (elaboración de proyecto local, alternancia en el uso del box de atención, seguimiento de ciertos casos, entre otros). De modo común, tanto el sector salud como el consejero entre pares manifiestan un vínculo con el nivel nacional expresado en el seguimiento administrativo (que puede ser valorado positivamente como interés por la calidad o críticamente como control, según sea el consejero).
11. Bien por una carencia de cuadros dirigentes, bien por opción organizacional, uno de los consejeros actualmente en ejercicio presenta 3 identidades institucionales: presidente de la agrupación, mediador ciudadano (proyecto de activación ciudadana de VIVO POSITIVO) y consejero. El potencial conflicto de intereses derivado de la superposición de funciones se resuelve en virtud de la instalación de una ética del

desempeño, que realiza esfuerzos por separar en los hechos cada una de las funciones.

12. Por esta vía, la organización de PVVIH asume el programa como un mecanismo que, junto con la prestación misma, contribuye al fortalecimiento de la organización social de PVVIH. Esto es relevante frente a cierta inercia del funcionamiento que tiende a marginalizar el rol de la agrupación respecto al programa y a generar un foco de conflictos entre el consejero y la agrupación. Asimismo, el programa es valorado en la medida que permite instalar un dispositivo de fiscalización ciudadana en el recinto hospitalario.

¿El modelo de consejería asociativa contribuye a mejorar el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH?

13. A la luz de los antecedentes recabados entre los gestores y especialmente a nivel de los usuarios entrevistados, se constata una valoración positiva de las contribuciones realizadas por el modelo de consejería asociativa en las áreas de impacto referidas.

    c. En materia de promoción de autocuidado, interpela al usuario sobre sus dilemas de autocuidado, al tiempo que promueve la formación de una conciencia de derechos.
    d. En términos de refuerzo a la adherencia, la consejería juega su rol como orientación y acogida al inicio de la terapia, también frente al cambio de esquema.
    e. En lo referido a prevención secundaria, la intervención de la consejería entre pares traslada al usuario al escenario del VIH/SIDA como una enfermedad crónica que puede ser abordada a partir de una pauta de gestión de riesgos.

¿Cuáles son y cómo produce sus efectos virtuosos?

14. Desde la perspectiva de los gestores, la implementación del Modelo genera un conjunto de efectos positivos:
    c. A través de su conversación de acompañamiento y acogida, la consejería permite superar las crisis propias del momento posterior a la notificación, las que pueden expresarse bajo la forma de sentimientos de venganza, autodestrucción, perplejidad e impotencia.
    d. Combinando el abordaje de contenidos biomédicos y la promoción de una perspectiva de derechos, desarrolla en los usuarios una conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Esto tiene especial importancia en el caso de las mujeres.
    e. La Consejería entre pares aporta al fortalecimiento de capacidades propias:
        i. Produce o activa en el usuario recursos personales para ejercer la autonomía.
        ii. Genera un dispositivo de acompañamiento y afirmación subjetiva.
        iii. Provee información validada por la experiencia que se articula con las propias expectativas del usuario

iv. De esta forma, genera un efecto virtuoso poniendo al usuario frente a sus propios dilemas en materia de autocuidado, al tiempo que le provee información biomédica y conocimientos prácticos sobre la manera de construir y llevar un a pauta sostenible de autocuidado.

15. La valoración positiva es consensual entre los usuarios del programa entrevistados. Algunos de sus principales rasgos son los siguientes:
    c. Permite la reconstrucción subjetiva a través de una relación de ayuda fundada en la palabra;
    d. Ayuda a los usuarios a producir el tránsito subjetivo desde el significado VIH/SIDA-Muerte al de VIH/SIDA = Enfermedad crónica.
    e. Provee un soporte de red de ayuda informativa y de acogida de plena disposición
    f. Ha validado la consejería como prestación fundamental en un paradigma de salud centrado en el logro del bienestar.

¿Cuáles son y cómo mejorar sus debilidades y oportunidades no aprovechadas?

16. En términos de debilidades de la implementación del programa, podemos mencionar las siguientes:
    c. En primer lugar, no se constató una práctica significativa de trabajo en equipo, tanto en lo que toca al personal de salud como a la relación entre éste y el consejero entre pares. Esta factor opera como una barrera para el establecimiento de los mecanismos asociativos propios del programa;
    d. Durante la primera fase, la pauta de relación entre el consejero y el equipo de salud se limita a la formalidad de la relación con la encargada local del programa. El programa no produce avances en materia de la integración del consejero a la vida del equipo de salud. De esta forma, el programa de aconsejaría asociativa se desarrolla en forma paralela a las labores habituales del equipo de salud y no logra pernear las prácticas en la perspectiva de fortalecer la asociatividad en el trabajo de ambos equipos.
17. En esa perspectiva, la redefinición institucional referida en el caso de la agrupación –hacia repotenciar su dimensión de ayuda mutua- puede transformarse en una oportunidad de acople virtuoso entre dicho organismo y el programa, en la medida que coincide con la demanda de cuidado propia de la actual fase de desarrollo de la epidemia –acompañamiento a la elaboración de las distintas facetas y fases de la condición sociocultural propias de una enfermedad crónica: integración de las redes comunitarias, grupos de ayuda mutua, trabajo con parejas y familias, entre otros rasgos de un enfoque comunitario que está en pleno desarrollo, aún por fuera del modelo.

¿Cuál es el nivel de logro en relación con los objetivos del Modelo Asociativo?

No obstante debemos limitarnos a la información cualitativa producida, podemos señalar lo siguiente, repasando cada objetivo del Modelo (reiterando en algunos casos lo señalado con anterioridad en las conclusiones):

- Fomentar el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH.

Si consideramos el programa como la apuesta por instalar un dispositivo asociado de discusión técnica y un espacio integrado de prestación de servicios en salud, los resultados no son óptimos. En efecto, en materia de asociatividad los vínculos entre los actores del sector salud y los consejeros mantienen una formalidad que cumple con los requisitos del Programa pero no logra construir una práctica efectiva de asociatividad que los comprometa. Los nexos de trabajo se restringen a quien fuera la enfermera encargada local del Proyecto. Es lo que llamamos asociatividad por cohabitación.

Con todo, la integración del actrual presidente de la agrupación en calidad de consejero introduce un nexo interesante entre la consejería y la agrupación local, que, es relevado como un factor de fortalecimiento institucional.

- Mejorar los niveles de adherencia a tratamientos antiretrovirales.

Como fuera señalado, la consejería resulta un momento clave para el momento del inicio de la terapia, así como frente al cambio de esquema terapéutico; la experiencia del consejero resulta una ayuda vital en la organización del plan personal de ingesta y en la construcción de una estrategia para reducir los daños de ciertas prácticas como el consumo de alcohol y sustancias, entre otras-. De conjunto, estos rasgos virtuosos contribuyen al objetivo de mejorar la adherencia a TARV por parte de los usuarios.

- Facilitar la prevención secundaria del VIH y las ETS.

En lo referido a prevención secundaria, en la medida que la consejería entre pares transmite un significado estratégico al usuario (“la vida continúa”, “el VIH/SIDA es una enfermedad crónica”) y le acompaña en su internalización subjetiva, cobra pleno sentido su impacto sobre la prevención secundaria e incluso la posibilidad de hablar de la misma. En efecto, una vez que el sujeto comprende que su condición es la de un enfermo crónico, recupera el sentido de cuidarse a sí mismo y abordar sus dilemas en torno al autocuidado. Un aspecto clave de este impacto radica en la reorganización de la vida sexual. Visto así, la práctica de la consejería contribuye a facilitar la prevención secundaria de los usuarios.

- Ampliar la cobertura de atención en consejería a las personas viviendo con VIH en los Centros de Atención Integral del Sistema Público de Salud.

Las dificultades para conseguir un espacio físico adecuado al desarrollo de la consejería en el sector salud (la oficina destinada a tal efecto no reúne condiciones de confidencialidad para la práctica) limitan las posibilidades de implementación de este trabajo por parte del personal de salud. Desde este punto de vista, la incorporación de los consejeros constituye un aporte a la ampliación de la cobertura de atención en consejería. Con todo, la condición precaria del trabajo asociativo local puede poner en riesgo el potencial de aportación de la consejería en virtud de la falta de derivación.

- Fortalecer los aspectos técnicos de la consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas Viviendo con VIH.

En un contexto de trabajo asociativo incipiente, el abordaje de aspectos técnicos tanto a nivel de eventos (reuniones especiales) como del cotidiano (la práctica del trabajo asociativo) presenta escaso desarrollo. De esta forma, el fortalecimiento de aspectos técnicos de la consejería no vendrá como consecuencia de la implementación del Programa local sino de los aportes del equipo nacional (talleres nacionales, programa de acompañamiento psicológico, monitoreos).

4.1.4 Caso Primera Región, Hospital Dr. Juan Noe

I. Actividades realizadas

Las coordinaciones para el estudio de caso comenzaron –con el equipo de salud y con el consejero del Centro ETS/SIDA- durante el Encuentro Nacional de Equipos de Consejería Asociativa. El terreno se llevó a cabo entre el lunes 31 de julio y el viernes 4 de agosto.

Desde el comienzo, el equipo local brindó una amplia colaboración para la realización de las actividades. Fue relevante en este sentido el rol cumplido por la asistente social del programa en torno a la convocatoria y organización de la calendarización de personas usuarias que serían encuestadas y entrevistadas, cuya labor fue apoyada por todo el equipo de salud y el consejero. Es así como fue posible realizar todas las entrevistas programadas y una cantidad de encuestas que estuvo dentro de los rangos contemplados para la muestra local. Se entrevistó a los siguientes actores:

Entrevistas Individuales a Gestores
Centro ETS/SIDA del Hospital Dr. Juan Noe

Tipo
Director de Hospital
Encargado de Programa VIH Servicio de Salud
Encargada Centro de Atención Integral VIH
Presidentes Agrupaciones y org. de PVVIH (previo y actual)
Coordinador Local Servicio Salud
Consejero

Entrevistas individuales a Usuarios
Centro ETS/SIDA del Hospital Dr. Juan Noe

Tipo	Tipo
Usuario 1	Mujer, 23 años
Usuario 2	Mujer, 40 años
Usuario 3	Hombre, 27 años
Usuario 4	Hombre, 25 años
Usuario 5	Hombre, 36 años

II. Delimitación de la experiencia y el Proyecto.

2. 1. Historia, instalación

El Programa de Consejería Asociativa surge a partir de la respuesta de los actores locales a la convocatoria nacional de presentación de proyectos de CA. Cabe tener en cuenta que a la fecha existía una dinámica de colaboración entre el equipo del Programa de VIH del Hospital Noe y la agrupación de PVVIH "Juntos por la vida", que se expresaba en un rol de atención de usuarios por parte primero y la difusión del Programa de VIH por parte de la agrupación, compartiendo asimismo algunas actividades comunitarias organizadas principalmente por la agrupación de PVVIH. Esta historia de relación permite superar las resistencias iniciales del equipo de salud a la incorporación del consejero entre pares, la cual es vista como una posibilidad de intervención de los usuarios en las lógicas de funcionamiento y confidencialidad del sistema.

> *"Desde el momento en que nos llega la propuesta…hubo una resistencia que vencer de todo el mundo tanto del equipo profesional, como auxiliar y a lo mejor una percepción de que esto iba a ser visto como una intromisión en el sistema nuestro, hasta que de todas maneras, uno acepta el desafío" (Coordinador, Servicio de Atención Integral)*

> *"…las resistencias…son las desconfianzas, en el sentido de que nosotros manejamos información que es privada, si bien el consejero no tiene acceso a la ficha, sí tiene acceso a una mayor información por parte del equipo, como es una persona que está en el mismo lugar físico también teníamos nuestros temores, nosotros no tenemos las cosas con llave, ni las fichas, o sea, él también podía tener acceso a eso…somos un pueblo chico". (Coordinador, Servicio de Atención Integral)*

Como se verá más adelante, en la superación de las dificultades se expresan factores personales e institucionales. En el primer caso, el rol jugado por los consejeros; en el segundo, nos referimos a la disposición de los profesionales para abrirse a nuevas lógicas de trabajo con los usuarios.

> *"Creo esos son los puntos más importantes… desde el punto de vista histórico que hemos tenido que ver y luego que logramos superar todo esto, la disposición, la disposición del equipo, la disposición de los consejeros a querer seguir avanzando y seguir estudiando y seguir participando en las reuniones y por supuesto los casos problemas que van surgiendo" (Coordinador, Servicio de Atención Integral)*

En términos generales, el proceso de construcción conjunta promovido por CONASIDA es reconocido como un capital de trabajo asociativo por las autoridades sanitarias. Uno de los 'sellos propios' de este trabajo radica en la ruptura de fronteras del personal de salud, en el sentido de asumir el funcionamiento en horarios ajenos al funcionamiento del sistema, propios de la actividad comunitaria, hecho que representa un gesto de acercamiento del equipo de salud respecto del trabajo propio de la organizaciones comunitaria.

> *"El inicio de un trabajo conjunto entre CONASIDA y las agrupaciones establecieron los primeros lazos de apertura desde la comunidad, desde las PVVIH, se fue generando con total apertura e intención común el mejorar los tratamientos, su acceso, el respeto de derechos, lo que era difícil inicialmente por prejuicios ante orientación sexual, fue fluyendo como una experiencia permanente. Desde los equipos esto fue facilitado cada vez, y eso ha incidido en el compromiso actual, existe comunión de esfuerzos entre*

ambas instancias, se han dado esfuerzos de ambas partes a partir del trabajo fuera de horarios, charlas en comunidad… eso habla de su compromiso" (Director hospital)

Como veremos más adelante, el proceso de instalación delimitará el espacio de consejería entre pares como ámbito exclusivo de los consejeros, derivando la agrupación en un rol de contraparte externa con la que el consejero se articula en términos de rendición de acciones. La agrupación permanecerá en un rol de promoción comunitaria.

2.2.- Infraestructura: recursos materiales, humanos y flujograma

a.- Recursos Humanos

El equipo de atención integral está constituido por:

- médico jefe inmunólogo
- médico dermatólogo
- psicóloga
- asistente social
- nutricionista
- 2 matronas: VIH y ETS (ambas ven ambos temas, la matrona coordinadora está con jornada completa)
- ginecóloga
- técnico paramédica (jornada completa)
- secretaria.

b.- Recursos Materiales

Al Centro de ETS, ubicado en una instalación independiente en el extremo sur del hospital, se ingresa por un acceso que no tiene señalización. El recinto no tiene ventanas hacia el exterior sino en el extremo superior de las paredes externas, a modo de ventanas para entrada de luz de día, y tiene la fachada externa similar a una instalación de oficinas; se ingresa por una puerta abierta permanentemente, sin señales indicativas. Bajo esta realidad, se asume que el contacto a través de las redes de usuarios constituye un mecaniusmo fundamental de difusión del Programa.

El local del centro es amplio y cuidado en su ornamentación, luminoso, transmite una recepción acogedora y presenta materiales de difusión sobre temas de ETS/SIDA en sus paredes, en las cuales puede identificarse un poster alusivo al programa de Consejería Asociativa, con información general. Asimismo, existen fotografías del personal en instancias de capacitación y premiación. El lugar posee sillas en su sala de espera, y existe un televisor. El trato del personal es muy familiar con todos los usuarios. La apariencia externa no sugiere el clima al interior del recinto.

El Centro cuenta con 6 boxes de atención médica, cuyo uso está distribuido entre los integrantes del equipo de salud y cuya mayoría cuenta con el material de atención médica necesario, computador y teléfono.

La sala de consejería es un espacio amplio y discreto, anexo a la instalación de recepción, separada por gruesas ventanas y cortinas de tono cálido. El espacio está habilitado con sillones que brindan comodidad y permiten al usuario elegir donde sentarse, sus ventanas permiten entrada de luz a través de las cortinas. Cuenta con aislamiento del ruido externo, factor que favorece las condiciones para una comunicación confidencial. El recinto es ocupado para consejería los días lunes y miércoles en la mañana, quedando disponible para el resto del equipo y para otros requerimientos y actividades (en general, consulta a usuarios o reuniones).

c.- Flujograma de atención

Los usuarios ingresan al Programa de Atención Integral a partir de la atención de una matrona, quien hace la consejería pre y post test. Posteriormente, a partir del estudio de los exámenes de la persona, se hace la derivación al médico donde comienza el plan de tratamiento, y se realiza la derivación a consejería entre pares, con independencia de la estimación de un motivo específico (en términos del refuerzo o profundización de algún tópico de las 3 áreas de atención; de este modo, la consejería entre pares se oferta siempre a todos los usuarios atendidos.

III. Análisis del Proyecto desde sus gestores.

A continuación se hará referencia a los temas y dimensiones relevados por los gestores entrevistados. En general, se aprecia una valoración común de diversos aspectos, hecho que puede ser analizado considerando un factor particular que emerge desde sus relatos como una convicción de que el Programa local tiene características particulares de motivación, visiones compartidas sobre la misión y un nivel de autonomía en la implementación, particularmente en la resolución de los conflictos suscitados al inicio del programa de Consejería Asociativa.

3.1 Procesos internos

a) Asociatividad

Desde el punto de vista del equipo de salud, resulta fundamental la selección de los consejeros entre pares, en la medida que su capacidad para construir una modalidad de trabajo complementaria a la del equipo despejó los fantasmas de superposición de roles. En este proceso, se fue gestando una pauta de trabajo asociativo a partir de la voluntad al diálogo y a compartir tanto concordancias como diferencias en los criterios de abordaje.

> *"… el proceso de selección del consejero es muy importante, desde sus características y habilidades personales, para poder definir sus roles y espacios, si no puede ser un peligro para la viabilidad del sistema, por ejemplo si el equipo ve que el consejero invade su área. Si el perfil es adecuado no habrá problema… No es fácil que se integre una persona no profesional, pero nuestra experiencia con nuestro actual consejero ha sido muy buena" (Coordinación Serv. At. Integral)*

En un contexto de asociatividad como el construido por el equipo de la Primera Región, la práctica es potenciada por un sentido de sinergia –*si el consejero gana, todos ganamos*-. Ello nos habla de la asociatividad, en el sentido que –como se muestra en otras experiencias visitadas- el trabajo del programa puede sobrevivir a un ambiente de mera cohabitación. En este caso, la consejería entre pares se ha incorporado a una noción de logro o incremento de calidad de atención que abarca al sistema en su conjunto.

> *"Todo el equipo estamos entusiasmados con este programa, todos le aportamos al consejero, queremos que esté preparado y apoyarle. La integración del consejero en reuniones clínicas se ha dado desde el comienzo, es parte del equipo de salud, su personalidad es respetuosa, reservado, eso ha sido una gran ventaja para los usuarios, hemos confiado en él, por eso le derivamos mucho y con tranquilidad, él está bien preparado lo que es beneficioso para los usuarios, facilita confianza en ellos y en el equipo" (Coord. At. Int.)*

La validación de las competencias de los consejeros redunda en un efecto positivo que se manifiesta en la siguiente cuestión: la eventual superposición de roles es definida como sinergia o resonancia de efectos sobre el usuario, en la medida que tiende a construirse una pauta –semejante a lo sugerido en el caso austral-, donde existe cierta complementariedad de funciones donde la actuación del consejero profundiza los tópicos de atención de un personal de salud que debe absorver una alta demanda de atención. Así, el campo de actuación del consejero tiende a construirse en torno a la validación subjetiva de los lineamientos biomédicos de atención.

> *"Si bien hay complementariedad, dado su funcionamiento si a veces se superponen… eso no es negativo, es mutuo apoyo, refuerzo,.. Que sea una PVVIH genera mayor confianza en los usuarios, a veces consigue más cosas que nosotros, refuerza temas importantes, por ejemplo el uso de condón en parejas de PVVIH. Los pacientes se sienten mejor identificados con los consejeros, sienten una segunda instancia de consulta en que hay una confianza distinta. Para quienes somos de salud nos es difícil integrar a los pacientes pero hemos avanzado. La consejería entre pares es un gran apoyo para las terapias nuestras, para promover cambios de conductas, los consejeros disponen de más tiempo, es un recurso barato para lo que ayuda, en tanto estamos siempre copados". (Coord. Serv. At. Int.)*

Desde el punto de vista del consejero, la experiencia de trabajo al interior del recinto hospitalario ha significado una posibilidad ded validación personal, hecho que redunda en un alto sentido de la misión institucional. Esta disposición se traduce en una mística compartida de integración que motiva a realizar esta labor.

> *"Me ha servido, estoy muy motivado por hacer bien este trabajo, me ha hecho crecer mucho como persona." (Consejero)*

Sobre hitos del proceso, se señala la existencia de una pauta de trabajo asociativo de larga data, al calor de la cual se connota positivamente la relación inter institucional; la pauta de complementariedad entre ambos actores se instala desde el inicio: desde el conejero, se trata de una función de humanización o traducción a escala humana. Al mismo tiempo, cobra importancia la presencia de un par VVIH en la medida que constituye la señal de que es posible construir un proyecto de calidad de vida.

"Trabajábamos con el equipo de salud, yo también hacía consejería, ayudábamos así dando apoyo, psicológico, adherencia, el doctor daba la información pero nosotros hablábamos en forma sencilla y explicamos más, la gente se fue auto ayudando, tomaban como referencia que uno estuviera bien" (Consejero)

La instalación de los consejeros en el hospital es percibido como una vindicación o validación de su trabajo desde la organización social de PVVIH, a la luz de un escenario donde la práctica asociativa no fluía con la misma calidad en el resto de los centros hospitalarios. No obstante disoponer de espacios externos al hospital para atender usuarios, la legitimación de las PVVIH como agente de salud proviene de su inserción en el espacio institucional de salud y marca un hito en la historia de la organización.

"La aceptación hacia nosotros en el espacio de salud fue un hito, había discriminación en otros lados, fue un logro para nosotros, yo tenía una oficina disponible para atender gente, pero el equipo me daba espacio, y cuando se implementó el espacio asociativo estuvimos muy contentos, se reconoció un trabajo conjunto de años, fue un logro saber que nuestra agrupación estaba trabajando con salud, tener algunas horas allí para apoyar a mucha gente, saber que estábamos instalados con platas de CONASIDA y del Fondo Global." (Ex pdte. Agrup.)

"Los consejeros lo han hecho muy bien, refuerzan, apoyan a la gente asustada, le cuentan sobre auto cuidado, tratamientos, venir a los controles habituales, 60% de los notificados a veces no se controlan y no manejan información. Es un aporte que esto se haya hecho". (Ex Pdte. Agrup.)

La articulación y coordinación entre agrupación y equipo asociativo se realiza en reuniones de equipo, sobre la base de una pauta de confidencialidad, que permitiía mantener reserva respecto de los casos de consejería y de los que atendía la agrupación, que desarrollaba una modalidad espontánea de derivación y atención de usuarios. Ante la posible superposición o complementariedad de funciones, se ha hecho un trabajo a fondo por entregar información entre ambos actores, agrupación y equipo de salud, llegando a conformar redes de derivación.

"Cuando el usuario no quería consejería en el hospital a algunos les daba susto no conocer a quien atendería, y que se enteraría también. Esa derivación par no era bien recibido por algunos usuarios, y buscaban por otros lados, dermatóloga por ejemplo y ella me nombra a mí, hemos hecho redes." (Ex Pdte. Agrup.)

De hecho, esta complementariedad operativa es argumentada por los actores para explicar las estadísticas que caracterizan a la primera Región como uno de los puntos relevantes en materia de transmisión de la pandemia: en la medida que el trabajo colaborativo ha sido eficaz, el gran número de personas que acude a realizarse el exámen redunda en un mayor número de usuarios notificados y por ende, una población mayor en tratamiento. Los actores destacan la participación de otras redes territoriales como las pertenecientes al municipio.

"Se ha hecho un trabajo a fondo, por eso hay alta tasa de incidencia porque la gente se ha hecho el test y salen más notificadas. Tenemos raíces en varias partes, municipio, donde derivan a nosotros o viceversa, y también otros médicos o dentista. Cuando

llegan a mí doy consejería y ahí recomiendo que vayan a la consejería entre pares". (Ex Pdte. Agrup.)

b) Derivación

En materia de derivación, la matrona recibe a los usuarios, que en su mayoría son derivados a la consejería entre pares, ofreciendo la prestación a todo aquel que la desee. Por lo general, se deriva en razón de promoción de autocuidado, el médico lo hace por prevención secundaria (ante la pareja) y refuerzo a la adhesión a TARV. Con todo, el consejero tiene la libertad para organizar su propio plan de entrevistas con el usuario.

"La prevención secundaria y autocuidado son los motivos más frecuentes de derivación inicialmente, aunque el consejero acuerda otras entrevistas para ver otros temas según lo estime. Aquí se recibe al usuario desde antes de la notificación, los conocemos desde el principio en general, eso facilita el trabajo. Es el único centro VIH, aunque a veces sobrecarga la atención centralizada" (Coordinadora CETS).

Puesto que la consejería entre pares es ofertada a todos los usuarios, se ha concordado adscribirse a un máximo de 4 sesiones; con todo, es posible evaluar una derivación especializada si el usuario requiere más sesiones. En caso que se estime necesario o el usuario lo requiera, también se atiende a su familia, con lo que aumentan las sesiones de consejería.

"Siempre se ofrece apoyo a la familia si se percibe pertinente, para informar a la familia del usuario, y si viene un familiar por sí solo se le atiende sólo con autorización del usuario, la psicóloga hace terapia y la asistente social lo visita. Vemos que las madres son las más involucradas. A los usuarios con dificultad de entender se les sugiere venir acompañado por familia si es que está informada de la condición positiva" (Coordinadora).

El funcionamiento del sistema de derivación es percibido como satisfactorio, existiendo una práctica de derivación mutua entre todo el equipo y no sólo desde salud hacia el consejero. De hecho, la consejería se beneficia de una pauta recursiva de relación entre los integrantes del equipo de salud, que refuerza el sentido de acción integrada.

"Nos retroalimentamos también. Me siento tomado en cuenta, útil, siento respeto mutuo, cierto cariño, consideración, estima". (Consejero)

No obstante la consejería entre pares está legitimada como práctica, su capacidad para abordar los episodios de no adherencia de los usuarios es particularmente valorada por el personal de salud, en la medida que introduce una forma de autoridad diferente a la del siwstema de salud –la autoridad del/la consejero/a- cuya legitimidad emana de una fuente diversa: su condición de par.

"Un usuario puede tener una impresión inicial tal que no tome la consejería. En caso que un usuario no toma sus medicamentos, se intenciona la consejería desde el profesional cuando ve que es necesario reforzar o profundizar para beneficio del usuario, cuando el profesional no alcanza a hacerlo. Es tan lindo ver resultados en personas que no tenían esperanzas". (Consejero)

c) Análisis de casos

En una primera etapa, en los espacios de articulación de equipo se implementaron instancias de análisis de casos con una frecuencia semanal; posteriormente, la carga de trabajo llevó a un acuerdo de realizar a lo menos una reunión mensual a solicitud de cualquiera de los integrantes del equipo asociativo. A dichas reuniones asiste la totalidad del equipo asociativo (si la jornada laboral permite su presencia). Es ésta la principal instancia para abordar en conjunto situaciones de crisis de los usuarios; si bien en un comienzo las matronas asumían estos episodios, en la actualidad son abordados por la psicóloga del programa (el resto del equipo interviene haciendo contención), quien también atiende al consejero.

Los actores valoran el aporte de las instancias de análisis de casos para el tratamiento de los casos críticos, los cuales serían más bien escasos, en la medida que el tránsito del usuario por las instancias ofrecidas por el equipo refueza los temas abordados y profundiza la confianza de éste en el equipo. Se desprende un valor agregado de la sinergia del trabajo asociativo del equipo.

d) Instrumentos del Proyecto

El funcionamiento del programa de consejería asociativa pone el acento en la práctica de sus participantes más que en los formularios o procedimientos administrativos. En los hechos, su funcionamiento como comunidad de práctica releva como actuación –más que como procedimiento administrativo- aquello que los instrumentos apuntan a promover: la implementación del modelo asociativo como oportunidad de reforzar y/o instituir espacios técnicos compartidos entre el equipo de salud y los consejeros.

> *"nosotros no tenemos un esquema de trabajo definido ni con flujogramas ni nada pero en general creo que ha sido bien recibido, en el fondo la percepción por lo menos de la parte de secretaría también identifica casos que son problemas y nos comunicamos de tal forma de poder derivar a los pacientes" (Coord. At. Int)*

> *"hemos hecho reuniones que vamos todos, desde el doctor para abajo" (Consejero)*

De hecho, se formula una demanda que puede ser tomada a nivel de instrumentos: la posibilidad de introducir una cultura de evaluación en la práctica del equipo asociativo, que permita generar y monitorear indicadores de logro pertinentes.

> *"falta una evaluación a lo mejor, a lo mejor diseñar un plan que sea uniforme para todos y, bueno han venido la gente a ver cómo nos ha ido" (Coord. At. Int)*

e) Capacitaciones

En la medida que su práctica implica la articulación de conocimientos biomédicos, socioculturales y una batería de herramientas de comunicación, la consejería es demandada desde esos nichos en términos de actualización y perfeccionamiento. Asumiendo la valoración de los espacios de capacitación realizados en los talleres nacionales, emerge la demanda de espacios descentralizados a nivel de unidades regionales y en términos generales, la

necesidad de introducir mecanismos de análisis de la práctica como espacios de aprendizaje. De fondo, un llamado a validar el conocimiento acumulado por los equipos locales.

> *"Las experiencias pueden quedar mucho más. 2 veces en el año: una nacional y otra más regional, para conocernos más. Podemos aportarnos mutuamente con nuestras experiencias". (Consejero)*

> *"Cuando se pueden trabajar bien los temas, con las capacitaciones actuales, evalúo bien lo que se hace. Lo óptimo requiere más tiempo del que hay disponible, no se tocarán todos los temas pero se prioriza lo que el consultante pide o lo que el consejero detecta como necesidad. Los conceptos son muy amplios y requieren mayor profundidad, ligarlos…Creo que los temas están bien estudiados, pero amerita una revisión". (Consejero)*

Del mismo modo que la realidad del VIH/SIDA es cambiante en la medida que se introducen nuevos medicamentos, pautas de ingesta, los que se suman a identidades en transformación en contextos de vulnerabilidad, eventos vitales, (emparejamientos y rupturas, maternidades) entre otros factores, la capacitación es demandada en su ajuste para acompañar esta realidad dinámica. Las temáticas espeíficas mencionadas por el consejero fueron: actualización sobre nuevos TARV, SIDA pediátrico, habilidades para llevar la adherencia en niños.

> *"Los talleres que hemos tenido han sido buenos, implican reforzamiento, es un todo con varios puntos, es un proceso, vuelvo a pedir más intercambio de experiencias, las realidades locales son diferentes. Los cambios de terapia, las conformaciones de las triterapias, más información y reforzamiento, saber de los síntomas cuando se fracasa en la terapia, los medicamentos van cambiando, hay que ir actualizando, aprovechar en eso las capacitaciones."*

En el corazón de la noción "habilidades conversacionales, está una competencia central de la consejería entre pares: su capacidad para adaptarse al usuario y su circunstancia. Precisamente, será esta disposición lo que le imprime una especificidad respecto de la pauta de trabajo habitual de los profesionales de la salud, los cuales son constantemente desafiados a responder a una alta demanda. Reconocer lo común y le específico en la agenda del usuario, permitir que ésta aflore en la conversación y a partir de allí ordenar las intervenciones constituye una especialización de las habilidades conversacionales que resulta vital en la construcción de aprendizajes significativos. Como tal, es una habilidad que debe ser constantemente entrenada.

> *"Me manejo en las conversaciones, lo de la comunicación, las técnicas, en eso estoy bien. La consejería es una instancia activa, cambiante, uno no puede dirigir tanto, ir a lo medular, darse tiempo y dar tiempo. Escuchar mucho. Me doy mi tiempo, espero el momento preciso para que fluya en lo que me quiere decir, y después de eso la persona te empieza a escuchar." (Consejero)*

> *"Me gusta entregar lo que está aprobado científicamente. No me voy a quedar nunca tranquilo, esto es dinámico y es necesario apoyo, información actualizada, mantenernos al día, yo me ocupo de eso por mi cuenta también. Hay que ayudar al consejero, sacarle provecho, saber hasta dónde. La consejería no es como cualquier trabajo, los seres humanos son todos diferentes." (Consejero entre pares)*

f) Autocuidado, Apoyo psicológico

En términos de instancias de auto cuidado profesional, se han procurado algunos talleres sobre burnout y de clima de equipo, gestionados a nivel local. Durante el año pasado se hicieron reuniones mensuales con la psicóloga del programa, no existiendo actividades formales en la actualidad, pero manteniendo instancias de esparcimiento. El cuidado de los recursos humanos, en especial el consejero entre pares, constituye una preocupación para el equipo de salud.

> *"El enfrentamiento de los casos problema implica siempre una carga emocional grande, y la protección del consejero quien a veces está sobrecargado nos preocupa, ya que le derivamos precisamente pacientes que requieren mucha atención y eso puede sobrecargar al consejero." (Coord. At. Int.)*

En este sentido, la instancia de apoyo psicológico al consejero es evaluada positivamente, disponible desde el comienzo, junto con el ofrecimiento de talleres de perfeccionamiento en diversos temas. Con ello, se muestra la capacidad para resolver temáticas de acompañamiento psicológico a nivel local.

> *"Es muy importante, aunque reconozco mis límites también, además de mis habilidades. Al principio los casos duros me afectaban más. Me doy una pausa entre cada atención, uno necesita apoyo y retroalimentación, el apoyo psicológico me aclara hasta dónde puedo llegar y cómo mejorar lo que hago, hago lo que puedo". (Consejero)*

g) Enfrentamiento de crisis

La existencia de vasos comunicantes entre sociedad civil y el Estado constituye parte inseparable del trabajo en VIH/SIDA. Ello se traduce en una dinámica de colaboración y control social que demanda a los actores participantes un ejercicio constante de definición de límites y la búsqueda de pautas de solución a los conflictos derivados tanto de la implementación del servicio como del relacionamiento entre los propios actores.

> *"Siempre cuesta estar en el límite adecuado de la confianza, por ejemplo el exceso o el derecho de la presidenta actual de la agrupación a entrometerse, por lo que es necesario ir marcando la cancha. Esta delimitación se ha entendido, se les da espacio para reuniones, siempre hemos estado en eso lo que no ha sido fácil, demandan tiempo y espacios." (Coord. At. Int.)*

En este punto, el proyecto de consejería asociativa aparece como un campo de innovación respecto de cierta centralización que estaría a la base de las relaciones entre los equipos locales y el nivel nacional del proyecto. Frente a una pauta de vínculo donde está la posibilidad de 'nacionalizar' los conflictos como alternativa de estrategia (recurir al nivel nacional en CONASIDA o en VIVO POSITIVO), los actores del proyecto construyen un mecanismo local que implica la instalación de un sistema de canales permanentes e instancias de trabajo.

"Si yo no respondía a ellos me llegaba el mail de Conasida, y ante eso les dijimos que preferimos manejarlo entre nosotros, respetar cierta cadena, nos generó rabias las exigencias que las agrupaciones hacían llegar a nivel nacional sin antes conversarlo con nosotros, hubieron momentos difíciles. Tenemos conductos regulares que no estaban claramente establecidos, llegamos a un acuerdo local, "trapos sucios los lavamos acá" …gasté mi poco tiempo en conflictos solucionables directamente". (Coord. At. Int.)

3.2 Producto e impacto: la consejería entre pares

a) Organización de las sesiones en la consejería entre pares

En la experiencia de los actores del Proyecto en la Primera Región, la consejería entre pares es una modalidad de atención que se va creando a partir de la práctica compartida entre el consejero y el personal de salud. La condición de ser PVVIH resulta fundamental para la motivación, el compromiso, la capacitación, la mantención y proyección del consejero en su rol.

"Fue muy traumático para mí, se me vino el mundo encima... Recibí tratamiento de medicamentos y empecé a recuperarme. A partir de ese trauma me nace que otras personas no pasen por lo que yo pasé, poder apoyarlos y decirles que la vida no se acaba, yo no lo sabía, que podía ser una enfermedad crónica, que depende de uno, la voluntad, la auto estima. Todo eso me hace ser lo que soy, son muchas cosas. He aprendido a escuchar, a calmarme, para poder ayudar a otras personas, de todas las edades, orientación sexual. Es una motivación muy grande y muy profunda, y eso me lleva a seguir adelante sin fallar ningún día a las consejerías". (Consejero)

La atención inicial de 1 sesión implica atender a la persona reconociendo sus características: si asumen o no su condición, si tienen conocimiento previo sobre las temáticas. Si el consejero estima que necesitan más cuidado se pasa a otra sesión, en caso contrario los temas se agotan en una única sesión. La posibilidad efectiva de derivación introduce una tranquilidad frente a las situaciones más complejas y un formateo específico en la estructura de las sesiones del consejero.

"Apunto a enganchar, tomar el motivo de derivación y escuchar lo que el usuario trae. Le ofrezco una segunda sesión para que el usuario decida. Le informo su derecho a 4 sesiones, "y si existe otro problema te puedo derivar a especialista". Es importante que dentro de los equipos el consejero tenga la posibilidad de derivar, uno puede saber pesquisar pero debe contar con quien derivar, "me gustaría que si quieres puedes venir a hablar conmigo", tampoco es cuando quiera siempre". (Consejero)

En un contexto de alta demanda como el señalado por los actores y de operación adecuada del mecanismo de derivación por parte del equipo de salud, el consejero estima adecuado el planteamiento de un máximo de 4 sesiones de consejería. Sobre esto, se suscita lo que denomina como "*autodependencia*" hecho que concibe como un requerimiento extra a sus capacidades.

"Desde una 3° sesión, a pocas personas más de tres, o a 4, se pasa a la autodependencia del consejero, se trata que sea autónoma, máximo 4, está bien así. No me limitan a 2, es lo general desde mí pero máximo 4. Porque puede haber algo psicológico que requiera profundización especializada, o incluso que le guste a la usuaria, es mejor así. Más de 4 ya no es consejería, no es ése el objetivo". (Consejero)

En esos casos, no obstante el consejero mantiene abierta la posibilidad de otra consulta, se privilegia la atención del usuario por una instancia especializada.

> *"Es una actividad media desgastadora, igual siempre uno se va con algo de los usuarios para descargarse, creo que esto lo han estudiado, si fueran más sesiones sería muy agotador y uno se confunde. Si detecto necesidad, digo al usuario que en la hora con médico pida derivación a consejería de nuevo, ofrezco disposición". (Consejero)*

Asimismo, se evalúa que el planteamiento de 3 áreas temáticas y 21 líneas de acción establecido por el Modelo es adecuado. Se destacan como los principales ámbitos de derivación: apoyo emocional, sexualidad, uso de condón, efectos de TARV, lubricantes, transmisión vertical, vías de transmisión. Sexualidad es definido como un tema que demanda profundidad, así también otras materias como abuso de alcohol y drogas y alimentación.

> *"Estos temas requieren cada vez más capacitación. Por nuestra condición no siempre estamos bien, es necesario ver hasta dónde se le puede exigir al consejero para no dañarlo. A veces creo que una persona 100% sana tal vez pueda lograr más como consejero. Es necesario revisar la capacidad que se tiene. La ventaja de todas formas sigue siendo la paridad." (Consejero)*

b) Percepción de impacto

En términos generales, existe una opinión favorable respecto de la contribución del modelo al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. No obstante, existe consciencia que las pautas de autocuidado promovidas por el programa y que se plasman en los usuarios deben ser constantemente reforzadas, lo que habla de la adherencia como un proceso asociado a la circunstancia biográfica del sujeto, más que un evento que se resuelve de forma definitiva.

> *"En general sí contribuye, pero lo que sí es que hay que estarles reforzando el tema, algunos son como cabros chicos, no queda otra." (Coord. At. Int.)*

La actitud de los usuarios ante la derivación de consejería, si bien al principio no es fácil, se afianza al experimentar la prestación. En general, una vez superado el primer impacto de la notificación, los usuarios se muestran dispuestos a tantear lo que se les ofrece, asumiendo una actitud demandante, conocedora de sus derechos, lo que insta al equipo a estar preparado. Desde éste, se percibe tal actitud como parte del impacto de la labor de la agrupación local.

> *"Las personas llegan con diferente disposición. Tienen reacciones diversas, desde pena, desesperación hasta una naturalidad frente a la notificación" (Coord. At. Int.)*

> *"El usuario se siente en condición especial en cuanto a sus demandas, son exigentes en la atención, servicios y acceso, exigen sus derechos. Creo que es algo que desde las agrupaciones se les dice" (Coordinadora Centro ETS).*

3.3 Relaciones con el entorno

a) Relación con la red

En cuanto a las redes, las opiniones se remiten a valorar la importancia del rol jugado por los directivos de salud y su reconocimiento del programa, lo que posibilitó el espacio actual. La noción de red de apoyo se configura a partir de ellos, luego se suman las agrupaciones y algunas ONGs como Solensi. No se mencionan otras alianzas.

No obstante, la relación entre la agrupación y el consejero no ha sido fácil, enfrentándose situaciones conflictivas que en la actualidad mantienen el vínculo limitado al cumplimiento de sus formalidades. Con todo, los actores están conscientes que esta situación perjudica el desarrollo del programa

> *"Nos reforzamos mutuamente, no es necesario mayor refuerzo. A las personas les interesa saber que existe un consejero entre pares, que les da más tiempo de atención o de aclaración" (Actual Pdta. Agrup)*

b) Percepción del nivel nacional

La percepción del consejero sobre el equipo nacional sugiere cierta falta de claridad sobre las funciones de los socios de la relación asociativa a nivel nacional: mientras a CONASIDA se le atribuye un rol técnico y de provisión de infraestructura (recordemos que durante la fase I los recursos fueron manejados poe este actor), a VIVO POSITIVO se le aprecia en un rol político-administrativo y como tal, se le responsabiliza del retraso en la llegada de los insumos para el trabajo de consejería. A la base, la demanda de mejorar la fluidez de las comunicaciones entre el nivel local y nacional.

> *"De CONASIDA recibimos capacitación, espacio físico. Pero que las cosas lleguen oportunamente desde VIVO POSITIVO, a veces las cosas demoran meses y yo necesito eso para funcionar. La asociatividad implica actores y debieran conformar un equipo cada uno con un rol, quiero que eso no flaquee. Si algo falta deben avisarnos, justificar, saber nosotros por qué pasa eso o por qué hay cosas que no se cumplen". (Consejero)*

3.4 Percepción del Modelo Asociativo

a) Fortalezas

Uno de los indicadores relevantes del buen funcionamiento del programa es su reconocimiento por parte de las autoridades como política 'exportable' al acompañamiento de otras condiciones de salud. En la autoridad sanitaria del centro hospitalario existe consciencia del aporte específico de la consejería entre pares en tanto prestación y como estrategia de participación de los usuarios en la resolución de problemas de salud.

> *"Es importante la consejería entre pares, tiene una mejor llegada, por la misma experiencia del consejero que la comparte con el usuario, tiene una perspectiva más*

personalizada, y tiene el compromiso de las organizaciones. La propuesta está en un área apropiada, aunque los resultados se aprecien en un periodo relativamente largo, al parecer existiría la intención que en otros programas de salud tengan esta propuesta, que integra además la promoción de la participación" (Director hospital).

Desde el equipo, el trabajo asociativo ha implicado un fortalecimiento de la red de atención. Con todo, desde salud se señala que una innovación como la introducida por el Modelo requiere una inversión de tiempo adicional en materia de gestión para asegurar la combinación virtuosa de cobertura y calidad. Lo anterior se traduce en una demanda de mayor disponibilidad horaria.

Los actores reconocen la consejería entre pares como una ganacia para el usuario por su calidad de instancia que brinda confianza, información y accesibilidad al sistema de atención en VIH. Asimismo, entre las aportaciones del programa asociativo destaca su condición de espacio de paridad que permite abordar temas en mayor profundidad con los usuarios, los cuales fortalecen sus capacidades de conversación mediante la relación con el consejero.

b) Debilidades

De modo indirecto, uno de los indicadores de la fortaleza de la relación asociativa es la pregunta por la calidad. Esto, por cuanto los actores –particularmente salud-, a la luz de una percepción positiva –pero subjetiva- del éxito del Programa asociativo, no se sienten en obligación de valorar per se el trabajo y plantean cofirmar dichos juicios a través de un sistema evaluativo. Por lo mismo, la construcción de un sistema como el señalado representa la principal debilidad identificada por los actores de salud.

"Ha sido poco tiempo, no hemos diseñado un sistema de evaluación, chequeamos informalmente a partir de nuestras percepciones y de los testimonios de los usuarios que la intervención es buena, se logran cambios de conducta. Falta a lo mejor considerar sistemáticamente la experiencia de lo vivido por el consejero que da un valor adicional al trabajo del equipo. Nos han venido a ver y ven que funcionamos bien, pero falta una evaluación más precisa." (Coord. At. Int.)

En términos administrativos, se señala la necesidad de resolver la dependencia institucional del centro de ETS, en la perspectiva de aumentar su autonomía y con ello, agilizar los procedimientos internos.

"… el Centro de ETS tiene una dependencia directa del subdirector médico, lo que implica un error administrativo que se corregirá, debiera ser un consultorio más de especialidad, parte del CAE (Consultorio Abierto de Especialidades), cuyo jefe debiera ser jefe del Centro ETS.…Esto implica ventajas: un servicio más manejado personalmente en cuanto al dar horas, permitirá ordenar mejor el registro, pero ya hay una confianza generada por lo que eso será evaluable " (Director hospital).

En relación a las necesidades del equipo asociativo, se considera pertinente la incorporación de una consejera mujer, dado el valor que tendría para las usuarias contar con una par con quien abordar ciertos temas personales. Esta demanda se relaciona con el patrón actual de feminización de la pandemia.

c) Aprendizajes

Los aprendizajes del proyecto son evaluados a la luz de los desafíos de participación ciudadana planteados por la Reforma de salud. La construcción de una cultura de derechos pero al mismo tiempo, de deberes, marca el desafío ciudadano paralela a la demanda de cambio en la disposición de los sistemas sanitarios, los cuales deben concebirse en función de los usuarios. Tales cuestiones están a la base de la práctica cotidiana de un proyecto como el de consejería asociativa. En esa medida, puede afirmarse que las implicancias técnicas y políticas del Modelo asociativo presionan para avanzar en la dirección deseada por la política pública de salud.

> *"(el proceso) ha implicado primero una fase de empoderamiento, ante los derechos pero también hay deberes, detrás de la queja también hay faltas. Falta más toma de conciencia, de ambas partes, el servicio a veces no atiende oportunamente, implica un ajuste permanente, existe voluntad desde la ministra para abajo de cambiar la perspectiva, ser servidores más que funcionarios, es una gran demanda y necesidad, hay acciones para recuperar el carisma de los servicios, no existe tan buena participación, los funcionarios se mueven en burocracia, se ve a diario. Y este sistema contribuye a un cambio en ese sentido" (Director hospital)*

IV.- El proyecto visto desde los usuarios

a) Medio por el cual se informa del proyecto

Coherente con la pauta de derivación que opera en el programa local, los usuarios conocen el programa de consejería prácticamente en el momento en que son notificados; para otros usuarios el conocimiento del programa viene a través de sus redes de apoyo y de la propia iniciativa al momento de conocer su condición serológica.

> *"Me enteré del programa porque mi marido que fue a donar sangre le detectaron el virus, ahí me detectaron el virus, yo tenía 4 meses de embarazo" (Mujer 23 años)*

> *"me llamó la srta. Roxana, porque a mi marido le habían detectado el virus…me hice el examen, ahí supe de la consejería. Ahí me explicaron de la enfermedad, en el control me derivaron para orientarme en cuanto a la pareja" (Mujer de 40 años)*

> *"Leí los síntomas, me informé por internet…era similar lo que me pasaba con los síntomas, por iniciativa propia busqué ayuda y me informé" (hombre de 36 años)*

b) Percepción general del proyecto

Los usuarios comparten una opinión general de satisfacción con el programa en virtud de una doble dimensión: por una parte, devuelve al sujeto la responsabilidad por su condición de salud y por otra, "humaniza" la atención mejorando su calidad. El discurso se caracteriza por las siguientes dimensiones de valoración:

- Activa la consciencia de que es posible hacer frente al avance de la enfermedad y el impacto subjetivo del estigma;

> *"Nos ayuda a mantener el virus quieto, es lo principal, y en parte subir la auto estima, más por la discriminación de la gente" (mujer de 23 años)*

- Introduce una interfaz o 'traducción amigable' del discurso biomédico sobre la enfermedad y el tratamiento;

> *"Me parece bien, ellos explican cómo vivir con VIH, me explican qué es el CD4, yo no sabía de eso, algo entendí, estamos enfermos yo, mi esposo y mi hijo. Tenemos el CD4 alto, por eso estamos bien, me explicaron que a veces baja, yo no sabía, como tomar las pastillas, preservativos. Esto es bueno para dar consejo a personas que no saben o no se cuidan, para que la enfermedad no avance. Yo estoy bien, entendemos y nos cuidamos con mi marido" (mujer de 40 años)*

- Refuerza la identidad de equipo frente al usuario e Introduce un salto en materia de calidad de atención y acogida;

> *"Las personas del equipo están capacitados para conversar, para yo contarles lo que me pasa, son amables, constantes, la matrona, el doctor y consejero, son directos. Es bueno que esté ese Centro" (hombre de 27 años)*

c) Calidad de atención del Equipo de Salud y el Consejero

En términos generales, los usuarios evalúan como satisfactoria la calidad de la atención de ambos actores, equipo de salud y consejero entre pares. Al tiempo que se les percibe como parte de un equipo, se reconocen las diferencias en materia de atención: la capacidad del consejero para detenerse en las dudas del usuario resulta fundamental. Por otra parte, la innovación de la práctica de la consejería genera resquemor en cierto tipo de usuarios, que tienden a desestimar la capacidad de aporte de un par frente a la atención de un profesional psicólogo, specialmente frente a la cuestión de la confidencialidad.

> *"El doctor me ha atendido bien, también la señorita Roxana, Miriam… Pasé un momento mal, y ahí me ayudaron harto, también el consejero, les agradezco harto a todos. Todos son buena gente, amables" (mujer de 40 años)*

> *"Preferiría que fuera gente más preparada, profesionales, psicólogos, con más capacitación. Creo que está bien la consejería de un par, pero creo que la confidencialidad y la capacitación debe reforzarse. Y ojalá que quienes atienden no sean de la misma ciudad" (hombre de 25 años)*

> *"Son diferentes, la gente de salud da consejo y tratamientos, el consejero sólo consejo. El consejero me ha explicado bien el tratamiento, el médico no tanto" (hombre, 27 años)*

d) Calidad de los espacios físicos

En lo referido a la calidad de los espacios físicos de atención, los usuarios valoran en general el recinto donde se brinda la consejería, con señalamiento de algunos mejoramientos.

> *"Es un poquito pequeño, preferiría que fuera con mayor ventilación, un espacio más amplio" (mujer de 23 años)*

Una de las demandas sentidas se relaciona con el cuidado de la confidencialidad de la consejería: algunos usuarios requieren mayor anonimato en relación al consejero, lo cual va aparejado con la petición de un lugar menos

expuesto, más privado, pues se percibe que éste es reconocido socialmente e implica un riesgo de discriminación para ellos. Frente a estas opiniones, recordemos la descripción física del recinto de consejería: ésta no presenta señas visibles de su carácter de centro de atención. El uso de tecnologías de información como internet también es señalado por los usuarios como una alternativa cómoda de atención.

> *"Hacer un centro oculto, no cerca del hospital, antes sólo iban ahí las personas con VIH y la gente se quedó con esa impresión, más privado y lejos del hospital, escuché un comentario de un joven que por verlo ir allí lo discriminaron, que sólo sepan los enfermos. Y que hayan charlas más seguido, poder conversar, en diferentes lados, playa, parque, lugares abiertos pero privados" (mujer de 23 años)*

> *"Es bueno que haya un sistema así, pero que sea más privado, que se tenga acceso a información desde acá también por internet, que pueda ser más anónimo" (hombre de 25 años)*

d) Percepción de asociatividad entre los actores

La calidad de la relación asociativa al interior del equipo trasciende al juicio de los usuarios, quienes perciben complementariedad en las intervenciones de los actores del programa. Al mismo tiempo, los usuarios no están ajenos a las dificultades de comunicación entre la agrupación y el programa de consejería.

> *"El consejero sube la autoestima, el médico ve los exámenes, para estar más estable y mejor, hay compatibilidad, están conectados" (mujer de 23 años)*

> *"Sé de un grupo que se junta semanalmente…Puede ser bueno juntarse con más personas, en grupo, para conversar y apoyarse, que se ofreciera desde acá. No sentir tan lejano el grupo con el hospital, los siento separados, creo que muchas personas de acá no van a esos grupos" (hombre de 25 años)*

e) Percepción de impacto sobre la propia conducta

Consultados sobre el impacto de la prestación de la consejería, los usuarios manifiestan un reconocimiento de ésta en el sentido de comunicar un significado sobre la enfermedad ('la vida continúa') que, acto seguido, activa una consciencia de responsabilidad del sujeto sobre sus procesos de salud y enfermedad. La posibilidad de acogida y conversación –apalabramiento- es un aporte fundamental en la elaboración de la propia condición.

> *"me han apoyado harto en especial por el embarazo, todos, la relación es la mejor con todos, el consejero es como un amigo. Sirve porque está en uno si quiere aplicar lo que nos dicen, lo que nos conversan está bien dicho y analizado" (mujer de 23 años)*

> *"Me han ayudado en lo de pareja, cómo cuidarnos, me han explicado sobre los medicamentos, sobre mi hijo, antes yo no sabía mucho, me han explicado sobre sexo, todo eso. Me ha ayudado a poder contar los problemas, conversar, preguntar, a ellos ahora les puedo preguntar. He aprendido a cuidarme" (mujer de 40 años)*

> *"El aporte de la consejería para mí fue en cuanto a conocer y controlar los efectos de los medicamentos iniciales, tener recomendaciones para comenzar bien el tratamiento,*

ayuda bastante a no sentirme solo, me sentí apoyado. El cumplir horarios de toma de medicamentos, el ser más responsable de mi salud, entendí que depende de uno. He ganado confianza, adaptarme a vivir con esto, a comienzos me asusté pero igual puedo vivir, quedan muchos años, no voy a morir pronto" (hombre de 25 años)

h) Percepción de la agrupación de PVVIH

No obstante existe una valoración del rol comunitario de una agrupación como SOLENSI, no se percibe el vínculo de ésta con el programa de consejería. Los usuarios reconocen el potencial de apoyo mutuo derivado del trabajo de las agrupaciones.

"La agrupación Solensi es buena, voy una vez al mes, conversamos, nos acogemos, se va el temor de conversar, sirve escuchar experiencias de otros. No conozco otras agrupaciones" (mujer de 23 años)

i) Principales dificultades observadas en la consejería asociativa

Los usuarios señalan un conjunto de debilidades y/o requerimientos al programa de consejería asociativa:

- El requerimiento de tiempo en la atención de usuarios: en ocasiones, el tiempo requerido para la atención implica para los usuarios una espera prolongada que incide en la disponibilidad de su tiempo para el trabajo remunerado y/o doméstico.

  "debiera haber mayor rapidez de atención porque tenemos cosas que hacer" (mujer de 23 años)

  "…que se ampliaran los horarios, no sólo temprano, por estar trabajando, también atención los sábados por lo mismo" (hombre de 25 años)

- La facilitación en la entrega de medicamentos: se menciona un aspecto burocrático en este procedimiento, que llega a ser interpretado como discriminación.

  "Lo que sí tengo que esperar los medicamentos toda la mañana, hacer fila, pasar la receta, se espera mucho hasta que se entrega y me hace perder tiempo para encontrar trabajo" (mujer de 40 años)

  "Hay que ir adentro, entregan el medicamento escondido, eso no me gusta, es como discriminación. Salir escondida con el medicamento en el bolso " (mujer de 40 años)

V. Conclusiones

- *¿Cómo surge y se implementa el modelo de consejería asociativa?*

1. La recepción e instalación del programa desde una perspectiva general positiva, respondió a la voluntad de permanente diálogo y confluencia de objetivos orientado al mejoramiento de la calidad de vida de las PVVIH. Asimismo, se expresa en la disposición a la inclusión en el sistema de salud de la labor y experiencia previa de las agrupaciones. Desde el punto de vista del equipo de salud, la voluntad del médico jefe resulta fundamental, así como el rol jugado por el consejero entre pares que permanece en el proyecto.

2. Con todo, la instalación del programa de Consejería Asociativa conlleva un proceso de acercamientos y resistencias. De un lado, las agrupaciones conciben la incorporación de la consejería entre pares como un espacio ganado en el sistema de salud pública, en virtud de su experiencia y pertinencia para un trabajo conjunto; del otro, existió una resistencia inicial desde salud ante la incorporación de personas vistas -hasta ahora- fundamentalmente como "usuarias".

3. En este escenario de inicio, resultó determinante la asunción en paridad de la elaboración del proyecto, el apoyo de las autoridades de salud y su confluencia paulatina con la directiva de la agrupación de PVVIH, procurando desde el inicio instancias de conversación conjunta en temas técnicos y operativos, que derivaron en la obtención e implementación de un lugar propio para la consejería entre pares.

- *¿Cuáles son y cómo produce sus efectos virtuosos? ¿Cuáles son y cómo mejorar sus debilidades y oportunidades no aprovechadas?*

4. En la experiencia referida, las voluntades constructivas tienen repercusiones al interior del equipo asociativo y en la relación entre este equipo y la agrupación. De esta forma, las resistencias del equipo de salud ceden ante el desempeño que los consejeros pares demuestran en su acción generando una valoración paulatina desde el equipo de salud.

5. El proceso del programa fortalece en la práctica un sistema de derivación abierto a todos los integrantes al interior del equipo asociativo, a partir de una comprensión sostenida de la necesidad de mantener y flexibilizar a la vez el flujograma de atención y derivación (no obstante, se instaló y mantuvo el sistema formal de derivación desde el comienzo ajustándose los criterios de derivación a la consejería entre pares).

6. Se ha validado y mantenido la propuesta inicial de un máximo de 4 sesiones de consejería entre pares, dándose una apertura a los usuarios desde el equipo de salud como una invitación permanente en todos los casos, más allá de los motivos de derivación. Aquí opera la priorización de un criterio de sensibilidad a las necesidades del usuario a efectos de establecer una práctica

de mutua derivación, en la medida que se detecte la necesidad de refuerzo de los 3 temas abordados por el programa.

7. Al interior del equipo asociativo se estableció una modalidad adecuada y permanente de reuniones semanales en la fase 1 para la discusión técnica, con la incorporación plena del consejero y de todos los integrantes del equipo de salud, para efectos de abordar en conjunto casos complejos surgidos en la atención cotidiana del servicio. Existe actualmente disponibilidad permanente desde el equipo para realizar estas reuniones si alguno de sus integrantes así lo requiere. Asimismo, el equipo se procura instancias de capacitación local.

8. Por otro lado, si bien la articulación entre la agrupación, el consejero y el equipo de salud se da inicialmente con regularidad y afiatamiento, la labor del consejero par se va especificando en lo técnico, de un modo que implica su paulatino alejamiento de la agrupación, que pierde su pertinencia en términos de supervisión y/o acompañamiento técnico; de hecho, esta práctica genera un divorcio preocupante entre las acciones históricas de la agrupación en lo comunitario y preventivo, y la especificidad "clínica" de la labor del consejero par en el equipo asociativo. Esto es un efecto colateral negativo del programa asociativo.

9. A la larga, esta dinámica produce diferencias de criterio ante la misión tanto del programa asociativo como de la agrupación entre el consejero par y la agrupación. Esta situación es inesperadamente reforzada por el equipo de salud en su apoyo permanente al consejero en los espacios de reunión técnica conjunta, la capacitación y los mecanismos de mutua derivación, reduciéndose las articulaciones entre equipo asociativo y agrupación respecto de la constancia inicial del proceso. Así, la propuesta asociativa interpela y cuestiona la articulación histórica y los sentidos y discursos fundantes de su misión para ambos actores (salud y agrupación), lo que aparece actualmente como un proceso a ser resuelto desde una mirada auto evaluativa.

- *¿El modelo de consejería asociativa contribuye a mejorar el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH?*

10. Desde el equipo asociativo existe una percepción común que valora la pertinencia del modelo asociativo en su formulación teórica y metodológica, destacando la relevancia de la complementariedad entre salud y consejería entre pares. Asimismo, se aprecia subjetiva, testimonial y actitudinalmente la efectividad del sistema hacia los usuarios, en cuanto a la contribución a su calidad de vida.

11. Desde los usuarios, se señala en general la satisfacción por la atención recibida desde el trabajo asociativo, tanto en el aspecto médico como el de consejería entre pares, señalando claramente observaciones para su mejoramiento en cuanto a la calidad de atención en confidencialidad, accesibilidad, disponibilidad, frecuencia de atención, apoyo integral e integración con las agrupaciones de PVVIH. Un aspecto central surge desde la demanda de mantener con mayor periodicidad y extensión una consejería cercana y disponible, donde se incorpore además una consejera mujer,

denotando el valor de la relación vincular de apoyo como aporte al proceso de mantención y mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

12. En el equipo asociativo se va dando una paulatina validación de los consejeros por parte del equipo de salud y un reconocimiento de su necesidad y utilidad, especialmente la ventaja derivada de su condición de paridad en el tratamiento de los usuarios. Estos hechos fundan un clima de trabajo propicio, que comparte como objetivo y sentido el procurar una atención con calidad a los usuarios. Entre los aspectos valorados como aporte por el equipo de salud, están las posibilidades que el consejero brinda para profundizar los temas abordados por el equipo de salud; asimismo, las capacidad para reforzar la información brindada y el rol protagónico de los propios usuarios en su pauta de tratamiento; por otra parte, destacan las virtudes de la consejería para "pesquisar" situaciones o aspectos no detectados o no abordados en la consejería del equipo de salud; por último, está la disponibilidad permanente del espacio de consejería par hacia los usuarios, incluso más allá de la 4 sesiones establecidas en el Modelo.

¿Cuál es el nivel de logro en relación con los objetivos del Modelo Asociativo?

No obstante restringimos el análisis a la información cualitativa producida, podemos señalar lo siguiente, repasando cada objetivo del Modelo:

- Fomentar el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH.

Con la llegada del Proyecto, se profundiza la pauta de trabajo asociado que existía entre las PVVIH y el equipo de salud. El Programa de Consejería Asociativa de la Primera región constituye –de las 3 realidades estudiadas- la más avanzada en materia de integración entre actores. De hecho, existen rasgos que muestran la implicación lograda en la consejería como un genuino ‘encuentro de saberes’, donde se valoran tanto las competencias provenientes del equipo de salud como la forma de saber específico que representa la práctica del consejero. De esta forma, las instancias de trabajo van más allá del tratamiento de aspectos conflictivos o de control de procesos administrativos y llegan a constituir genuinos espacios de tratamiento de casos y elaboración conjunta: comunidades de práctica. Desde este punto de vista, la implementación del programa en la realidad referida contribuye a fomentar el trabajo asociativo.

Con todo, al igual que en el caso de Santiago, tiende a establecerse una alianza consejero-equipo de salud que opera en desmedro de la relación histórica con la agrupación. Este rasgo constituye un efecto colateral negativo de la implementación del proyecto en la realidad local.

- Mejorar los niveles de adherencia a tratamientos antiretrovirales.

La intervención del Programa y especialmente la consejería asociativa introduce una mediación virtuosa respecto del conocimiento biomédico, que pone a disposición del usuario explicaciones culturalmente pertinentes en materia de pautas de ingesta de TARV, consecuencias esperables y efectos negativos. Así como en el caso del Programa del Centro Eloísa Díaz, la incorporación del consejero al flujograma implica un reforzamiento del potencial de adherencia a nivel de la red de la atención y del usuario, en términos de permanencia y construcción de una pauta personal que integra saberes biomédicos y psicosociales.

- Facilitar la prevención secundaria del VIH y las ETS.

Del mismo modo, los usuarios consultados respaldan la percepción de los gestorets en términos del aporte del programa al objetivo de facilitar la prevención secundaria. Aspectos como la reorganización de la vida sexual, los derechos sexuales y reproductivos, el uso del preservativo, el abordaje con la pareja y de modo principal, el señalamiento del VIH/SIDA como una enfermedad crónica, tornan viable laadopción de pautas de prevención secundaria por parte de los usuarios.

- Ampliar la cobertura de atención en consejería a las personas viviendo con VIH en los Centros de Atención Integral del Sistema Público de Salud.

El consejero entre pares se ha incorporado en plenitud a la red de atención, siendo reconocida por el equipo de salud su capacidad de absorber las demandas de los usuarios. En esa medida, la implementación del Programa Asociativo local aporta a la ampliación de la cobertura de consejería a PVVIH. No obstante, el retiro de uno de los consejeros introduce una la necesidad de abordar protamente la renovación de los recursos humanos del proyecto, a efectos de prevenir fenómenos de desgaste profesional y deterioro de la salud del consejero en ejercicio.

- Fortalecer los aspectos técnicos de la consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas Viviendo con VIH.

La implementación local del Programa permite generar eventos (talleres locales) y espacios cotidianos de trabajo donde se profundiza el tratamiento de materias técnicas relacionadas con la práctica de la consejería y la organización de los procesos del programa. De hecho, la constitución del equipo asociativo bajo una modalidad de comunidad de práctica constituye el mejor indicador del aporte del Programa local al fortalecimiento de los aspectos técnicos de la consejería. En este efecto positivo, debe tenerse en cuenta el aporte de los talleres nacionales de capacitación y actualización, así como los espacios de acompañamiento psicológico implementados por el equipo nacional del Proyecto.

4.2 Módulo cuantitativo: encuesta a usuarios.

En la medida que el programa carece de una línea base y que su diseño actual no incorpora un sistema de seguimiento sobre la evolución de los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios[119], la opinión de las PVVIH que recibieron consejería durante la primera fase resulta fundamental como parámetro de evaluación. En última instancia, será su percepción sobre los procesos operativos, su nivel de satisfacción sobre la calidad de éstos, así como la estimación del impacto de la consejería sobre sus vidas lo que efectivamente importa en un programa social como el evaluado.

Por lo mismo, este acápite se hace cargo de algunas preguntas específicas desde la perspectiva de los usuarios: ¿Cómo se manifestaron en la realidad los procesos del flujograma establecido por el modelo?¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre el programa? ¿Cómo lo evalúan?¿A partir de qué temas se han vinculado con él ?¿Cómo evalúan las dimensiones de calidad? ¿Cuál es su opinión sobre la apuesta de trabajo asociativo? , entre otras cuestiones.

El capítulo se basa en las entrevistas finalmente obtenidas en las diferentes ciudades seleccionadas. Las 123 entrevistas equivalen a un 35% de la muestra total teórica y a un 50% de su límite inferior. Los comentarios de este informe son descriptivos y asociativos, para ello se utilizaron técnicas univariadas, bivariadas y multivariadas. Para cada pregunta se realizaron una serie de asociaciones, en este informe se resaltan los resultados considerados relevantes desde las coordenadas de análisis del estudio.[120]

Caben algunos comentarios. En términos generales, en todas las dimensiones evaluativas, y en todos los ítems, se alcanzan resultados positivos que en algunos casos bordean la unanimidad. Es frecuente encontrar valores de aprobación en torno al 80% y más.

En este contexto favorable, existe una leve diferencia entre las respuestas evaluativas de la calidad de los lugares, la satisfacción sobre los contenidos tratados y las referidas al desempeño del/la consejero/a. En ese sentido, dado el alto grado de identificación entre el usuario y la labor del/la consejero/a, los resultados sugieren que las evaluaciones sobre la prestación de la consejería tienden a discriminar mejor que las referidas a la persona del/la consejero/a. Esta es una cuestión metodológica que habrá que tener en cuenta para futuros estudios.

En general, el conjunto de respuestas tiene forma consistente y estable. Las respuestas favorables tienden a serlo a lo largo de todo el instrumento, así como las respuestas negativas también. Esto es relevante, en la medida que alude a la complejidad y consistencia de la misma intervención, de modo que su “recepción” y evaluación, aún cuando sea analíticamente des-articulable, tiende a ser unitaria o sistémica. El texto se compone de seis partes:

[119] Con todo, la información vertida en las fichas de atención y los formularios de evaluación de la consejería constituyen un primer acercamiento a dicho sistema.
[120] Para ver la serie de cruces realizados para todas las preguntas consultar el anexo digital.

- Primera parte: describe las características de los usuarios entrevistados y tiene por objetivo generar el contexto de la consejería entre pares. Se compone de los siguientes apartados:
    - Características sociodemográficas
    - Fecha de Notificación e ingreso al programa
    - Conocimiento Anterior al programa y conversaciones
    - Consejeros/as que atendieron
    - Número total de sesiones
    - Asistencia a sesiones

- Segunda parte: describe las modalidades de contacto con el/la consejero/a:
    - Contacto con el/la consejero/a
    - Derivación del Equipo de Salud
    - Número de derivaciones, sesiones y persona que deriva.
    - Claridad y pertinencia de la derivación.
    - Tiempo transcurrido entre el ingreso al Programa de Atención Integral y la primera derivación a la Consejería entre Pares.
    - Demanda Espontánea.

- Tercera parte: describe las conversaciones, los temas tratados y la complementariedad entre la consejería entre pares y el equipo de salud:
    - Conversación con Equipo de salud.
    - Temas conversados con el/la consejero/a.
    - Complementariedad de temas entre el equipo de salud y los/las consejero/as.
    - Complementariedad entre el equipo de salud y los/las consejero/as.

- La cuarta parte describe elementos evaluativos con respecto al Programa de Consejería Asociativa:
    - Evaluación del lugar de atención de las consejerías.
    - Evaluación del/la consejero/a.
    - Percepción de impacto del Programa de Consejería Asociativa.
    - Escala de apreciación sobre la consejería entre pares.
    - Beneficios atribuidos a las sesiones de consejería.

- La quinta parte describe los principales resultados del Análisis de Tipologías.

- La sexta y última parte presenta las conclusiones, a partir de la construcción de las tipologías finales de usuarios.

Nota metodológica

El análisis de la información utilizó las siguientes herramientas estadísticas:

Análisis Univariado - Bivariado

- Porcentajes: Los porcentajes se calculan dividiendo el número de casos que respondió una determinada respuesta por el total de casos y multiplicado por 100.
- Para variables numéricas se recurrió a los siguientes estadísticos:
    - Percentil: Equivale al valor del caso que ocupa en la distribución un lugar específico. Por ejemplo, en una muestra de 100 casos donde los valores están ordenados de menor a mayor según la variable estudiada, el percentil 25 equivale al valor del caso que ocupa el lugar 25 equivalente al 25%.
    - Mediana: Equivale al valor del caso que se ubica en la mitad de distribución.
    - Media aritmética: Medida de tendencia central, este valor es la suma de los valores de una variable continua, de carácter intervalar (numérica), dividida por el número de valores sumados.

Análisis Multivariado

- Análisis de Correspondencia Múltiple: Técnica estadística multivariada (permite trabajar con más de dos variables), para variables nominales. Es una técnica de reducción de datos, es decir, permite reducir el número de variables analizadas mediante la asociatividad existente entre ellas. Las variables que genera son continuas, lo que permite ser utilizadas en otras técnicas estadísticas.

- Análisis de Tipologías. Técnica estadística multivariada que permite generar grupos cuya característica principal radica en que al interior de ellos los casos son similares, mientras que entre los grupos los casos son diferentes. La técnica utiliza variables continuas debido a los procedimientos matemáticos involucrados (Distancias). Para determinar el número de grupos óptimos se utilizan dos criterios complementarios: el primero es que las diferencias entre los grupos sean significativas estadísticamente, para ello se utiliza el análisis de anova; y en segundo lugar es que el número de casos en cada grupo permita realizar análisis.

Transformación de variables continuas en ordinales.

En la transformación de variables continuas en ordinales se utiliza el procedimiento ‘Ntiles’ o cortes mediante percentiles. Por ejemplo: si se generan 3 grupos, los cortes se realizan en el percentil 33% y 66%, es decir los cortes se realizan en los casos que ocupan lugares equivalentes al 33% y 66% de la distribución. Esto trae como consecuencia que teóricamente se generan grupos con tamaño de casos semejante. Empíricamente, podría ocurrir que el corte no se pueda realizar en el percentil elegido, ya que existe un grupo de casos con idéntico valor en los percentiles involucrados, en esos casos el corte se realiza

en el primer percentil que tenga un valor diferente. Esta situación se generó al introducir la variable “Número de sesiones de consejería”: en la medida que esta variable es continua, para asociarla al resto de las variables, se transformó el número de sesiones en tres intervalos de 3 Ntiles, cada uno teóricamente equivaliendo a un 33% de los casos. El resultado es el siguiente: el primer intervalo representa al 40% de los usuarios y equivale a una sesión; el segundo intervalo representa al 25% de los usuarios y equivale a dos o tres sesiones; el último intervalo representa al 35% de los usuarios, equivalente a 4 y más sesiones.

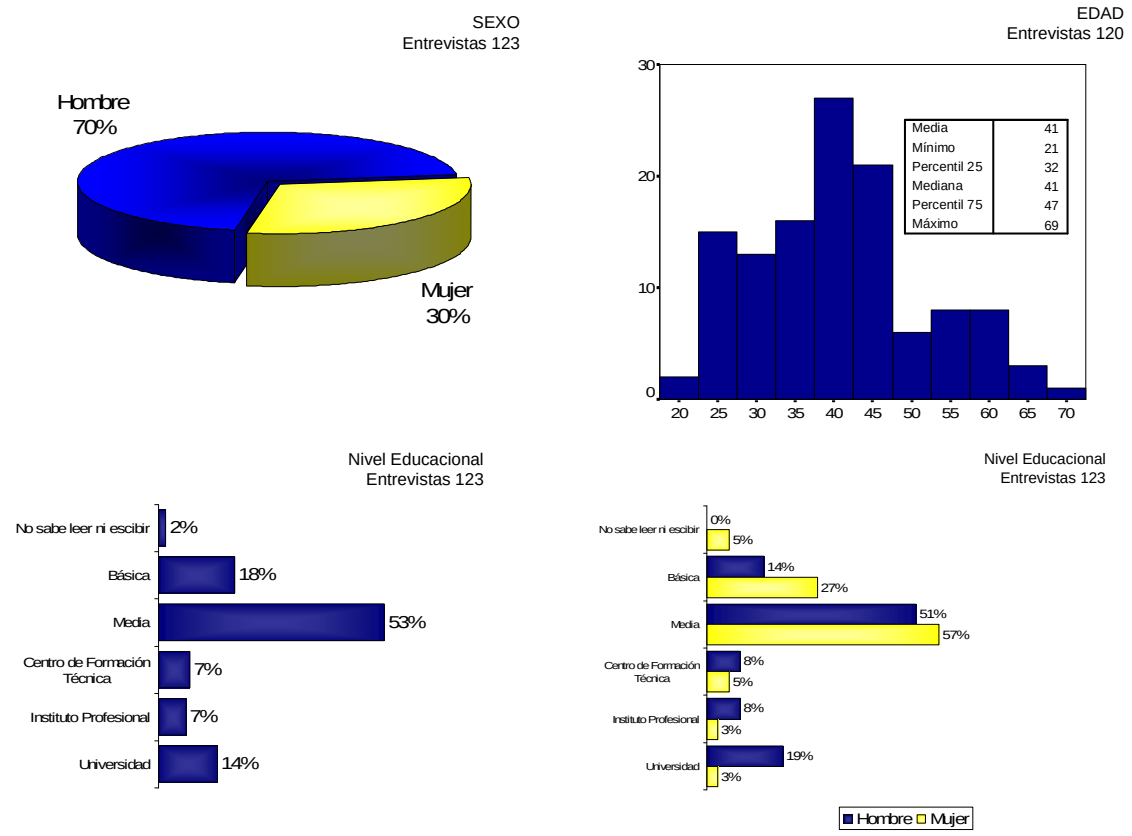
% within Sesiones

		Sesiones			
		+	++	+++	Total
Preg.9.- ¿Cuántas sesiones, reuniones en total ha tenido con el/la consejero/a entre pares considerando hasta julio de 2005?	1	100,0%			40,3%
	2		63,3%		16,0%
	3		36,7%		9,2%
	4			26,8%	9,2%
	5			22,0%	7,6%
	6			7,3%	2,5%
	8			4,9%	1,7%
	9			4,9%	1,7%
	10			17,1%	5,9%
	11			2,4%	,8%
	15			7,3%	2,5%
	20			2,4%	,8%
	24			2,4%	,8%
	30			2,4%	,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1. Descripción de la Muestra

1.1) Características Sociodemográficas

Edad, sexo, nivel educacional. En el gráfico 1 se describe las variables sociodemográficas. La mayoría de los usuarios entrevistados son varones y poseen un nivel educacional de enseñanza media; asimismo, promedian los 41 años, concentrándose en el intervalo de edad 35 y 45 años. Los varones muestran un mayor nivel educacional que las mujeres (mientras el 33% de los varones declara tener educación superior, sólo un 11% de las mujeres declaran el mismo nivel; por el contrario las mujeres muestran una mayor proporción en el nivel analfabeto, básico y medio.



Gráfica 1

Participación en organizaciones de PVVIH. En la actualidad, el 39% (48) de los usuarios entrevistados declara participar en alguna agrupación de personas viviendo con VIH (Ver gráfico 2.1). Entre las diversas agrupaciones referidas, destaca SOLENSI, que reúne un 25% (12) de las personas ligadas a alguna organización[121] (Ver gráfico 2.2).

[121] Debe recordarse la fuerte presencia de usuarios de Arica en la muestra del estudio. Lo mismo respecto del Centro Eloísa Días de Santiago.

Preg.1.1- ¿Usted participa en alguna agrupación de personas viviendo con VIH en la actualidad?
Entrevistas 123

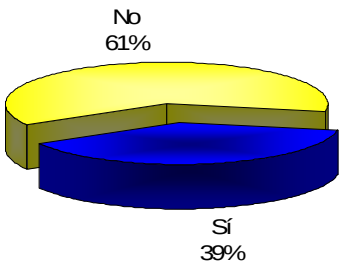


Gráfico 2.1

Preg.1.1.1.- ¿En qué agrupaciones participa UD. en la actualidad?
Las cuatro agrupaciones más nombradas
Entrevistas 48

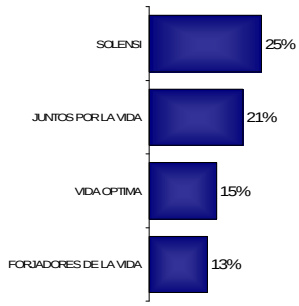


Gráfico 2.2

Hasta julio del 2005, el 36% (44) de los usuarios pertenecía a alguna agrupación (Ver gráfico 3.1). En este caso, la más nombrada es JUNTOS POR LA VIDA, que abarca un 27% (12) de las personas (Ver gráfico 3.2).

Preg.1.2.- ¿Y, Usted participaba en alguna agrupación de personas viviendo con VIH antes de Julio del 2005?
Entrevistas 123

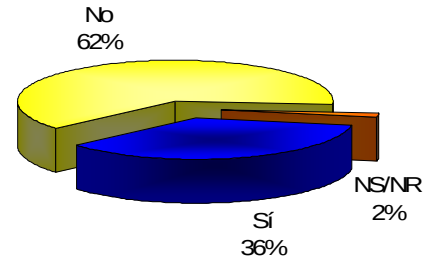


Gráfico 3.1

Preg.1.2.1.- ¿En qué agrupaciones participaba UD antes de Julio del 2005?
Las cuatro organizaciones más nombradas
Entrevistas 44

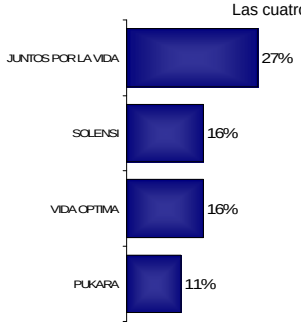


Gráfico 3.2

1.2) Fecha de Notificación e Ingreso al Programa

Entre la notificación y el ingreso al programa VIH existen aproximadamente 12 meses en promedio, sin embargo más del 50% de los usuarios declara un máximo de un mes[122]. Podemos afirmar que para la mayoría de los entrevistados el tiempo entre la notificación e ingreso al programa es menor a un año.

MESES	Media	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo	Válido N
Tiempo entre Notificación e ingreso al Programa	11,52	,00	,00	1,00	10,00	146,00	N=107

1.3) Conocimiento previo y Conversaciones sobre el Programa de Consejería Asociativa[123].

[122] Esta diferencia entre la mayoría de los entrevistados y el promedio, radica en que existen usuarios que muestran un periodo muy largo entre notificación e ingreso, lo que afecta en el promedio.

[123] En este capítulo, para referirnos a la dimensión funcional de la consejería, hablaremos de "el Programa de Consejería Asociativa" o CA. Cuando se aluda al Programa de Atención Integral, se hará de modo explícito.

El Proyecto de Consejería Asociativa ha desarrollado algunos instrumentos de difusión de la prestación (afiches, dípticos, difusión a través de la red de instituciones asociadas). Este apartado tiene como objetivo informar sobre el nivel de conocimiento que el usuario tenía del programa antes de su derivación, a través de qué medio obtuvo ese conocimiento y por último, con quién ha conversado sobre la existencia del programa.

Al respecto, un 28% (34) de los entrevistados declara haber conocido la existencia del programa antes de ser derivado (Ver gráfico 4.1). Consultados los usuarios que conocían el programa sobre el medio utilizado para informarse sobre su existencia, la mayoría indicó las alternativas "conversaciones con el equipo de salud" (41%) y/o "a través de integrantes de la agrupación" (29%) (Ver gráfico 4.2). Podemos afirmar que dos tercios de los usuarios no conocían la existencia del programa (lo cual es coherente con el porcentaje que participa de agrupaciones) y que los canales privilegiados para informarse son las conversaciones a las que acceden en el marco de su participación en redes institucionales.

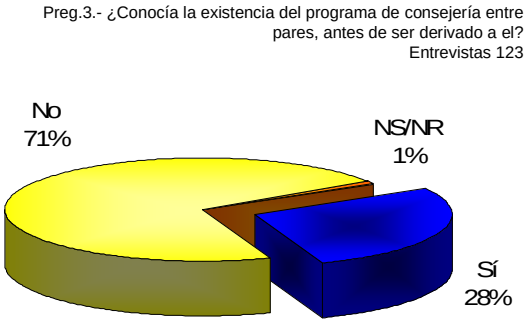


Gráfico 4.1

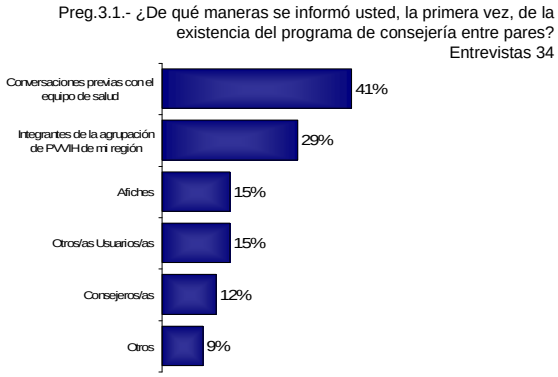


Gráfico 4.2

La mayoría declara haber conversado con algún integrante del equipo de salud (48% - (58)), integrantes de la agrupación (14% - (18)) u otros usuarios del programa de consejería entre pares (13% - (18)) (Ver gráfico 5.1). Sólo un 8% (10) de los usuarios no se comunica con otros sujetos sobre la existencia del programa de consejería entre pares.

Si analizamos la comunicación de los usuarios con actores que no están directamente vinculados al VIH (Pareja, Familia, Amigos, Conocidos), observamos que el 51% (61) de los usuarios ha conversado con éstos sobre la existencia del programa de consejería entre pares (Ver gráfico 5.2). Cabe recalcar, que si asociamos las respuestas con el número de sesiones de consejería entre pares en las que el sujeto participa, observamos que a medida que éstas aumentan, se eleva el porcentaje de usuarios que ha conversado con dichas personas sobre la existencia del programa. Puede sugerirse que la permanencia del vínculo con la consejería fortalece la densidad de la red de conversación del usuario.

Gráfico 5.1

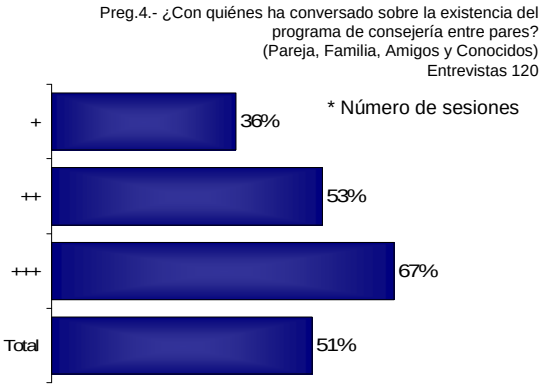


Gráfico 5.2

* En la medida que esta variable es continua, para asociarla al resto de las variables se transformó el número de sesiones en tres intervalos de 3 Ntiles, cada uno teóricamente equivaliendo a un 33% de los casos. El resultado es el siguiente: el primer intervalo representa al 40% de los usuarios y equivale a una sesión (+); el segundo intervalo representa al 25% de los usuarios y equivale a dos o tres sesiones (++); el último intervalo representa al 35% de los usuarios, equivalente a 4 y más sesiones (+++).

1.4) ¿Cuántos Consejeros/as han atendido a los Usuarios?

La mayoría los usuarios (78% - (96)) declara haber sido atendido por un solo consejero/a, y apenas el 18% (22) por más de uno (Ver gráfico 6.). El dato es coherente con lo establecido por el modelo en términos de modalidad de atención, que tiende a favorecer la estabilidad del vínculo entre el/la consejero/a y el usuario.

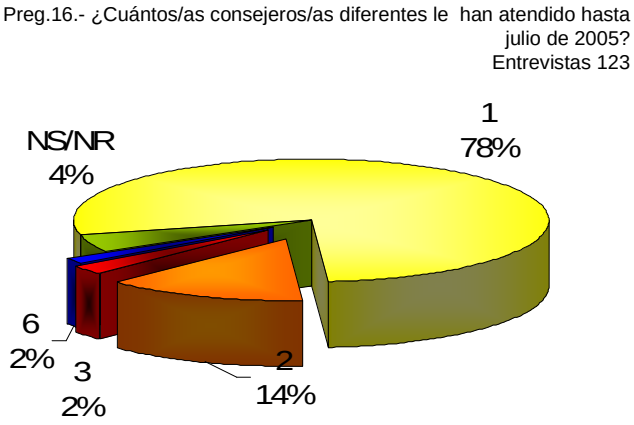


Gráfico 6.

1.5) Número total de sesiones

En este apartado describimos el número total de sesiones que ha tenido el usuario en la primera fase del programa, indistintamente al número de derivaciones o contactos informales realizados. En promedio, los usuarios declaran haber tenido cuatro sesiones o reuniones con el/la consejero/a. El 74% (91) de los usuarios declara haberse reunido con el/la consejero/a a lo más cuatro veces, a su vez sólo un 40% (49) declara haberse reunido una sola

vez (Ver gráfico 7). Es decir, aunque la mayoría de los usuarios declara haberse reunido más de una vez, el número total oscila entre dos y cuatro reuniones, lo cual se sitúa dentro de los parámetros establecidos por el Modelo.

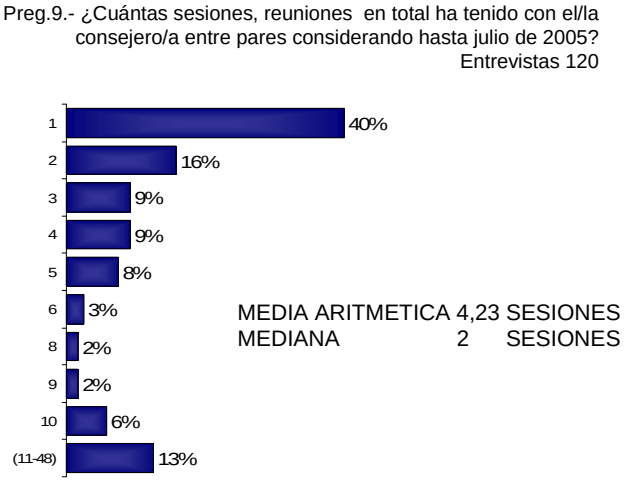


Gráfico 7.

Para optimizar la comparabilidad de los grupos, a través de la media aritmética, en los siguientes análisis se excluye un caso que representa a 48 sesiones.

Al desagregar la información según sexo, se observa que las mujeres poseen una mayor cantidad de sesiones. El 45% de los hombres declara una sola sesión, mientras en las mujeres un 27% ha tenido una sola sesión. Al comparar el resto de las sesiones mostradas en el gráfico de área, se aprecian mayores porcentajes en el número de sesiones de las mujeres con respecto a los hombres (Ver gráfico 8). Al respecto, puede hipotetizarse que en la medida que el perfil social de las mujeres es semejante al de otras mujeres que acuden a la salud pública, su patrón de consultante tiende a asemejarse al de estas últimas, constituyéndose en clientes *asiduas* de la consejería.

Por otra parte, sin perjuicio que el modelo establece una modalidad de prestación de 4 sesiones, su propia pauta de funcionamiento favorece la construcción de un vínculo entre consejero/a y usuario, que en ocasiones puede ampliar el número de sesiones en respuesta a los acontecimientos vitales que va experimentando el usuario.

Preg.9.- ¿Cuántas sesiones, reuniones en total ha tenido con el/la consejero/a entre pares considerando hasta julio de 2005?
Entrevistas 120

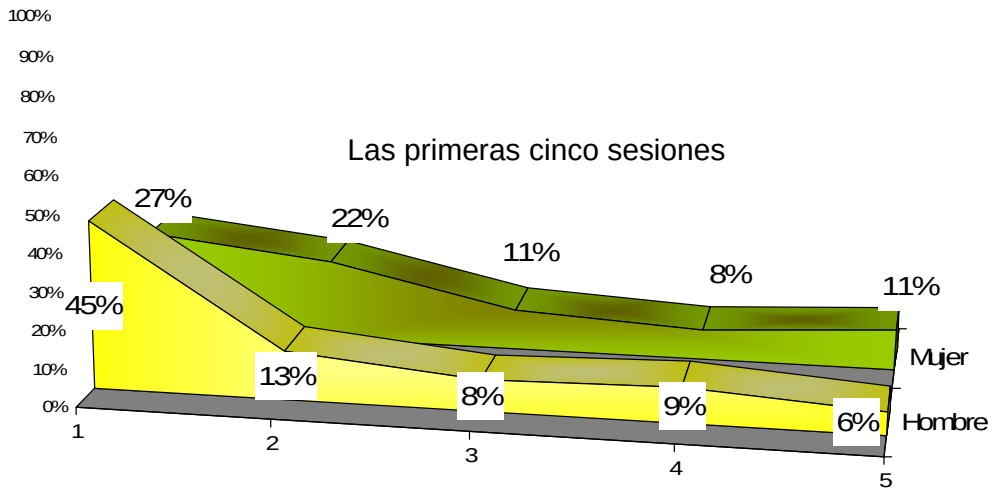


Gráfico 8.

1.6) Asistencia a sesiones

El 72%(89) de los usuarios no ha faltado a una sesión programada con anterioridad con el/la consejera. Mientras, el 17% (21) de los usuarios declara no haber asistido alguna vez a una sesión programada con anterioridad con el/la consejera (Ver gráfico 9.1). La razón principal de la falta son motivos laborales (48% - (10)), seguido de situaciones familiares (19% (4)) (Ver gráfico 9.2). Esta situación debe tenerse en cuenta, en la medida que el nuevo marco previsional abierto por la denominación del VIH/SIDA como enfermedad crónica ha modificado el régimen de pensiones: en el futuro podría disminuir el número de personas pensionadas por VIH/SIDA y aumentar su reinserción laboral, hecho que debe ser considerado para definir los horarios y lugares de atención.

Preg.13.- ¿Alguna vez no ha podido asistir a una sesión que ha sido programada con anterioridad con el/la consejero/a?
Entrevistas 123

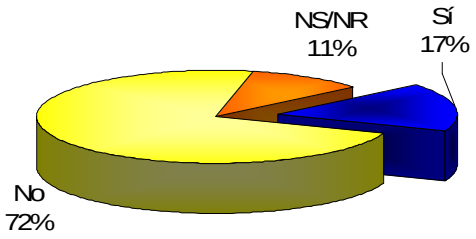


Gráfico 9.1

Preg.13.- ¿Cuál es la razón de no haber asistido?
Entrevistas 21

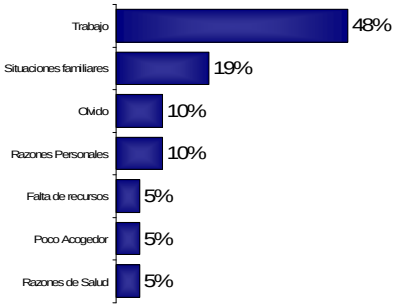


Gráfico 9.2

2) Contacto con el/la consejero/a

El flujograma del Modelo establece que el usuario debe llegar a la consejería entre pares previa derivación del personal de salud. Para conocer el modo en que se ha implementado este procedimiento en la fase I preguntamos sobre las formas en que el usuario había sido contactado "por el programa de consejería asociativa"[124].

Los resultados[125] indican que durante la Fase I de la implementación del programa, de manera efectiva el contacto con el usuario abarcó tres modalidades: derivación, *demanda espontánea y contacto del/la consejero/a*. Aunque la mayoría de los usuarios declara que su primer contacto con el/la consejero/a fue a través del equipo de salud (67% - (82)), un 34% (41) declara que el contacto se produjo por demanda espontánea o a través del propio consejero. Con posterioridad al primer encuentro, un 36% (41) de los usuarios declaró buscar al consejero por iniciativa propia, ampliando la modalidad de prestaciones del Modelo. Este es un comportamiento a tener en cuenta en la organización del flujograma y los instrumentos de registro, en la medida que puede marcar el momento en que el usuario abre una agenda específica de conversaciones. Junto al esquema de derivación establecido por el modelo, los datos sugieren la existencia de prestaciones surgidas a partir de la iniciativa del usuario.

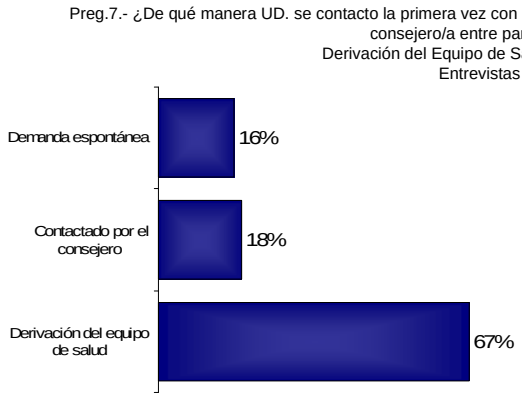


Gráfico 10.1

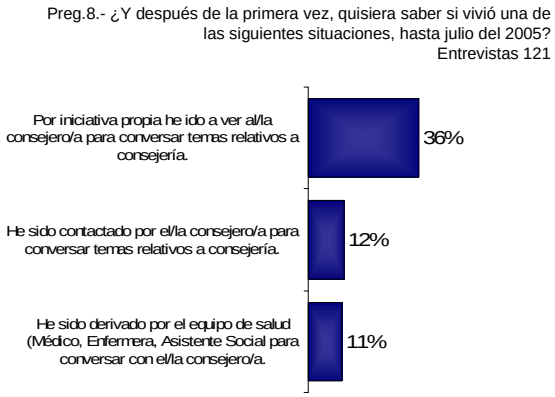


Gráfico 10.2

Al desagregar la información según el número de sesiones (ver gráfico 11.1), se observa que de las personas que han tenido una sola sesión, casi la totalidad declara haber sido derivadas por el equipo de salud (82%- (100)). Mientras que en el caso de las personas con más sesiones, la derivación, aunque mayoritaria va perdiendo exclusividad como método para el primer contacto y va siendo reemplazado por la iniciativa del usuario.

Si relacionamos la derivación como primer contacto y la demanda espontánea como continuación del contacto (ver gráfico 11.2), observamos que de cada

[124] Recordemos que esta fue una de las áreas donde el pilotaje del cuestionario indicó que debían abrirse las alternativas de respuesta.
[125] El análisis de este acápite presenta ciertas diferencias en el N considerado respecto del total de entrevistas (123), las cuales se explican en virtud de la cantidad de usuarios que respondieron la pregunta.

cuatro personas derivadas por primera vez, una busca espontáneamente al consejero con posterioridad (23%), mientras que de cada 3 personas no derivadas la primera vez, casi dos (60%) demandan espontáneamente al consejero con posterioridad.

Preg.7.- ¿De qué manera UD. se contacto la primera vez con el/la consejero/a entre pares?
Derivación del Equipo de Salud
Entrevistas 122

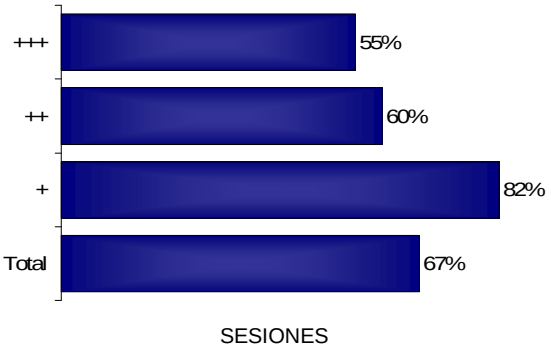


Gráfico 11.1

Preg.8.- ¿Y después de la primera vez, quisiera saber si vivió una de las siguientes situaciones, hasta julio del 2005?
(Demanda Espontánea)
Entrevistas 82 Personas que han sido derivadas la primera vez

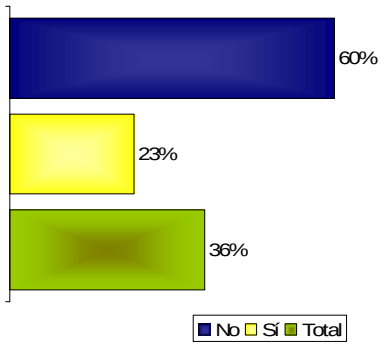


Gráfico 11.2

2.1) Derivación desde el Equipo de Salud

En este apartado, describiremos en detalle uno de los componentes centrales del Modelo Asociativo, esto es, el proceso de derivación desde el equipo de salud al consejero. En primer lugar, analizaremos el número de derivaciones, la cantidad de sesiones, y qué profesionales derivan; en segundo lugar, revisaremos la opinión de los usuarios sobre aspectos como la claridad y pertinencia de la derivación; por último, abordaremos el tiempo transcurrido entre el ingreso al programa y la primera derivación.

2.2) Número de derivaciones, sesiones y persona que deriva.

En relación al proceso de derivación (Ver gráfico 12.), puede observarse que un 68% (84) de los usuarios declara haber sido derivado alguna vez desde el equipo de salud a la consejería entre pares. Al observar las diferentes regiones, se aprecia que el proceso de derivación no operó en el caso de los usuarios entrevistados de las regiones X (0%) y VI (0%) y en el resto bordea el 75% de los usuarios.

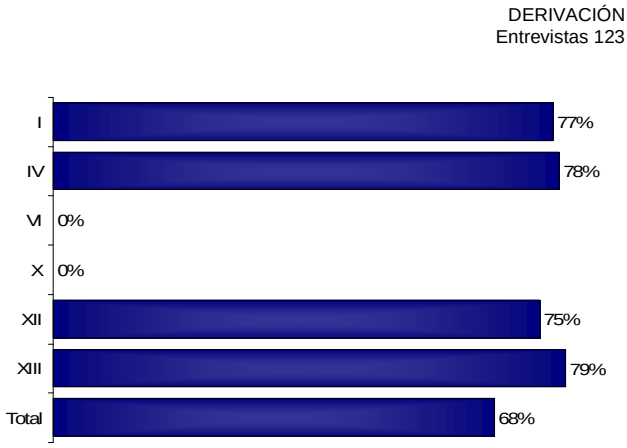
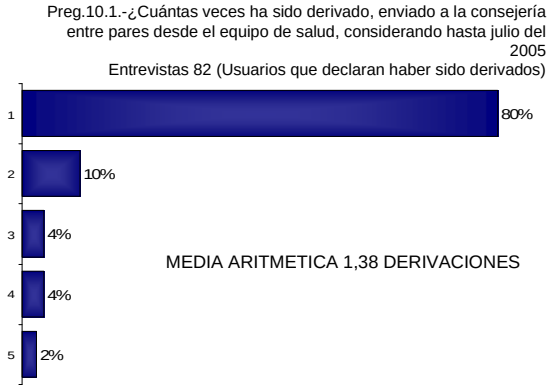


Gráfico 12.

En el gráfico 13.1 se muestra el número veces que ha sido derivado el usuario a la consejería entre pares por el equipo de salud. El 80% (66) de los usuarios han sido derivados una sola vez por el equipo, un 20% (16) declara haber sido derivado en más de una ocasión. En el gráfico 13.2 se observa que el integrante del equipo de salud que más deriva es el médico (43%); sin embargo, la mayoría de las derivaciones pertenecen al resto de los integrantes del equipo [psicólogos (22%), matrona (17%) y enfermeras (16%)].



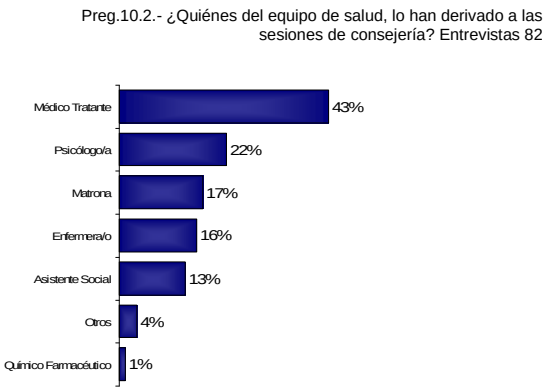


Gráfico 13.1

Gráfico 13.2

Cabe señalar que la participación del médico en la derivación (43%) es menor si la comparamos con su participación con el usuario en general (93%). Si desagregamos la participación del médico por regiones, apreciamos que es menor en las regiones duodécima (33%) y metropolitana (30%), y que existe una participación mayor en la primera (57%) y cuarta región (50%) (Ver gráfico 14.).

Preg.10.2.- ¿Quiénes del equipo de salud, lo han derivado a las sesiones de consejería?
(Médico Tratante)
Entrevistas 82

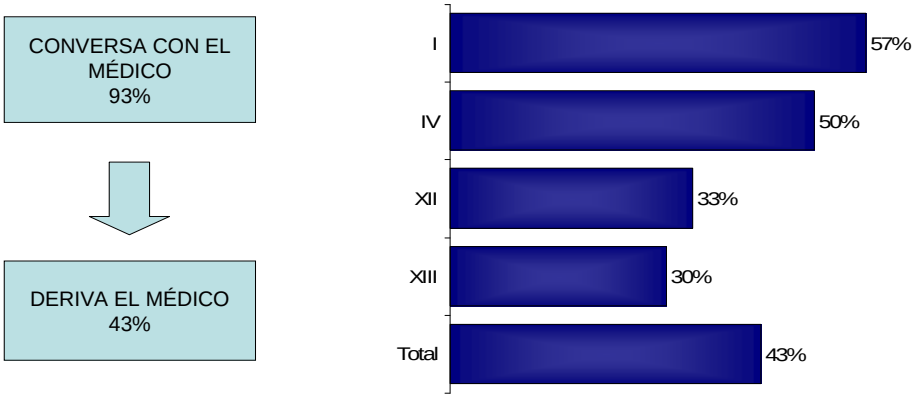
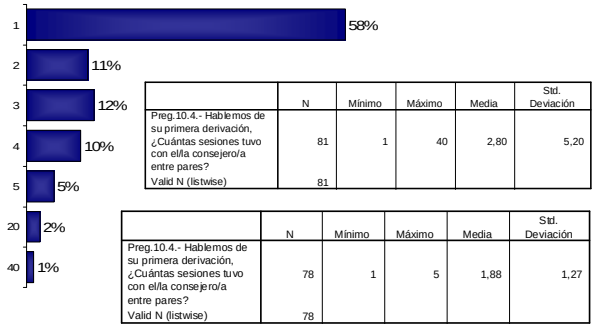


Gráfico 14

En el gráfico 15.1, los usuarios declaran que en su primera derivación se reunieron en promedio dos veces[126] con el/la consejero/a. El 58% (47) de los usuarios declara haberse reunido sólo una vez.

En el gráfico 15.2, al desagregar la información por sexo, se observa que el 68% (55) de los varones tuvo una sola sesión en su primera derivación, mientras que las mujeres sólo el 36% (29) tuvo la misma situación. En definitiva, las mujeres tienden a tener más sesiones que los varones, los cuales parecieran abordar sus puntos en una primera y única sesión.

Preg.10.4.- Hablemos de su primera derivación, ¿Cuántas sesiones tuvo con el/la consejero/a entre pares?
Entrevistas 81



	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Deviación
Preg.10.4.- Hablemos de su primera derivación, ¿Cuántas sesiones tuvo con el/la consejero/a entre pares?	81	1	40	2,80	5,20
Valid N (listwise)	81				

	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Deviación
Preg.10.4.- Hablemos de su primera derivación, ¿Cuántas sesiones tuvo con el/la consejero/a entre pares?	78	1	5	1,88	1,27
Valid N (listwise)	78				

Gráfico 15.1

Preg.10.4.- Hablemos de su primera derivación, ¿Cuántas sesiones tuvo con el/la consejero/a entre pares?
Entrevistas 81

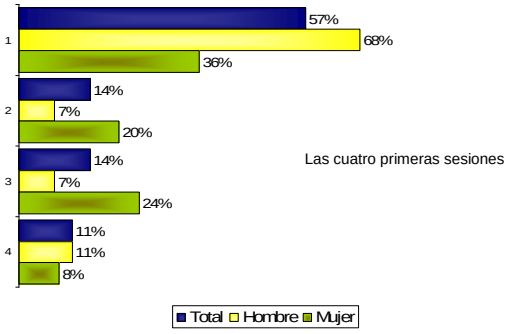


Gráfico 15.2

2.3) Claridad y pertinencia de la derivación.

Consultados sobre el proceso de derivación, la mayoría de los usuarios -en promedio el 80% (67)-, evalúa los diferentes ámbitos con notas altas, en términos de claridad y pertinencia. Al cualificar el análisis, observamos que las diferencias de apreciación radican en la opción “muy clara” o “muy adecuada”; asimismo, los ámbitos con menor evaluación relativa son las razones entregadas por el equipo de salud para la derivación y el horario en que fueron

[126] Recordemos que el promedio excluye más de 5 sesiones.

atendidos por primera vez (Ver gráfico 16.1 y 16.2). Recordemos las limitaciones de horario de los usuarios en virtud de su situación laboral.

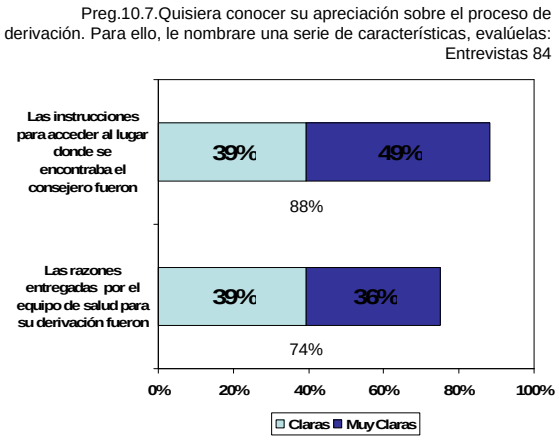


Gráfico 16.1

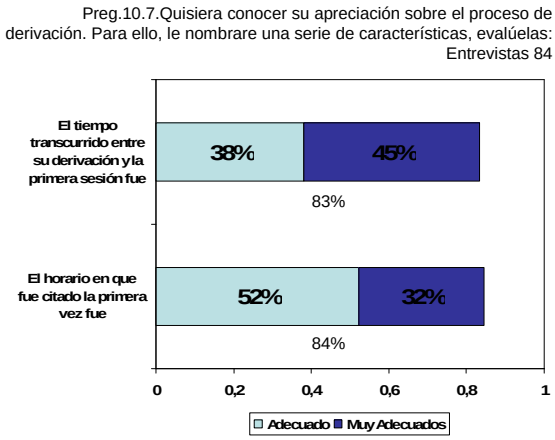


Gráfico 16.2

2.4) Brecha entre ingreso al Programa de Atención Integral y Primera Derivación al Programa de Consejería Asociativa.

Al asociar el tiempo transcurrido entre el ingreso al Programa de VIH y su primera derivación a la consejería asociativa, observamos que el 54% (31) de los usuarios declara que ésta se realizó en los primeros 3 meses del ingreso y el 70% (42) indicó que ésta fue durante el primer año de permanencia en el programa (Ver gráfico 17). Como sugiere la información cualitativa, podría ocurrir que los usuarios más antiguos del programa tendieron a quedarse con el equipo de salud como vínculo privilegiado –o bien éste se abstuvo de derivarlos por existir un vínculo previo- y por lo mismo, los usuarios nuevos constituyen la población preferente que fue derivada al nuevo servicio. Como se muestra en los estudios de caso realizados, los usuarios antiguos tienden a desestimar el aporte de nuevos conocimientos Y/o competencias por parte del/la consejero/a.

Tiempo transcurrido entre el ingreso al programa y su primera derivación
Entrevistas 59

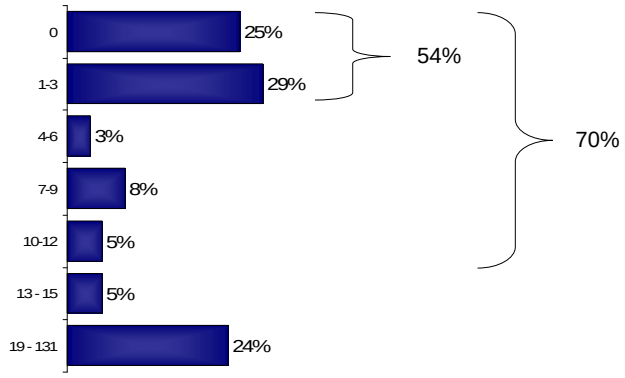
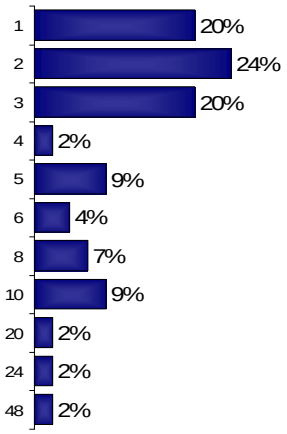


Gráfico 17.

2.5) Demanda espontánea

Aunque este tipo de contacto no está incluido explícitamente en el flujograma del Modelo de consejería asociativa, la segunda forma más nombrada de contacto con el/la consejero/a es la demanda espontánea. Efectivamente, un 37% (46) de los usuarios declara haberse contactado en forma espontánea con el/la consejero/a, reuniéndose en promedio 4 veces. Cabe recalcar que el 80% (37) de los usuarios declara haberse reunido más de una vez con el/la consejero/a (ver gráfico 18).

Preg.11.-¿Cuántas veces por iniciativa propia UD. contactó al consejero, considerando hasta julio del 2005?
Entrevistas 46



	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Deviación
Preg.11.-¿Cuántas veces por iniciativa propia UD. contactó al consejero, considerando hasta julio del 2005?	46	1	48	5,43	7,94
Valid N (listwise)	46				

	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Deviación
Preg.11.-¿Cuántas veces por iniciativa propia UD. contactó al consejero, considerando hasta julio del 2005?	43	1	10	3,67	2,82
Valid N (listwise)	43				

Excluimos los casos extremos desde 20 sesiones

Gráfico 18.

En el gráfico 19.1, al desagregar la información según sexo, se observa que las mujeres (49% - (18)) muestran una demanda espontánea mayor que los hombres (33% - (28)). Por su parte, el gráfico 19.2 muestra que al desagregar la información según participación en agrupaciones a Julio del 2005, se

observa que los usuarios que participan en éstas (59% - (26)) demandan espontáneamente al consejero con mayor frecuencia que las personas no vinculadas con instituciones de PVVIH (26% - (20)).

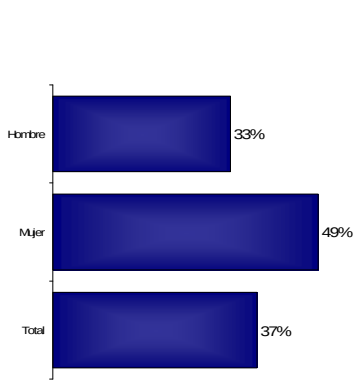


Gráfico 19.1

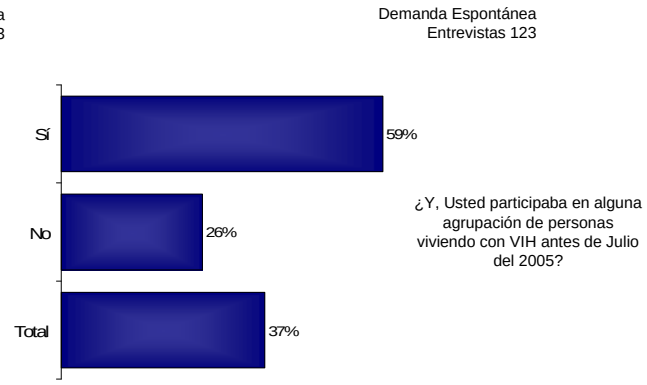


Gráfico 19.2

3) Contenidos tratados con el/la Consejero/a y el Equipo de Salud.

3.1) Conversación con el Equipo de Salud

En el marco del Modelo, se plantea una relación de complementariedad entre las conversaciones del usuario con los/las consejero/as del equipo de salud, así como entre éstas y las conversaciones de la consejería entre pares. Desde este punto de vista, se postula un principio de *resonancia comunicativa* que refuerza la comunicación estratégica de los principios de autocuidado del Modelo (los usuarios dialogan con los mismos mensajes recibidos desde los diversos actores del sistema) y donde debiera haber una relación de complementariedad (se abordan los mismos temas, con enfoques y énfasis que pueden ser diferentes, o bien se establece una relación de segmentación (se abordan diferentes aspectos de las líneas temáticas). ¿Existe una especialización de roles en el plano de la comunicación? ¿El usuario tiene un tratamiento diferencial de los temas frente a los tipos de actores? Es lo que pasamos a revisar a continuación.

Para conocer el contexto de los temas conversados en la consejería entre pares, se presenta el análisis de dos cuestiones: *¿cuál ha sido el menú preferente de temas conversados entre el equipo de salud y los usuarios? Y ¿con qué integrantes del equipo ha conversado dichos temas?*[127]

[127] No debe dejar de tenerse en cuenta la "*función de olvido*", esto es, la distorsión de la memoria derivada del hecho que la mayoría de los usuarios fue conminado a recordar una sesión de 45 minutos desarrollada hace 2 años atrás.

En el menú de temas del Modelo se reconocen tres grandes dimensiones: autocuidado, adherencia y prevención secundaria. Para elegir los tópicos más conversados con el equipo de salud, se utilizó el 66% como punto de corte[128].

a) En la dimensión de autocuidado (ver gráfico 20), los temas más conversados con el equipo fueron:

- Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 – VIRAL) (70%)
- Alimentación Saludable (70%)
- Funcionamiento del Programa (67%)

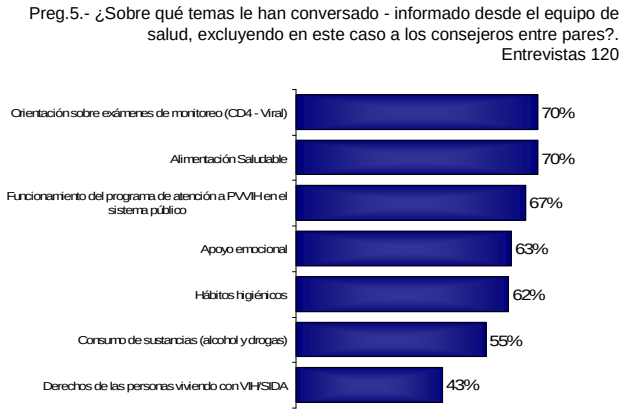


Gráfico 20

b) En materia de adherencia al TARV (ver gráfico 21), el tema más conversado con el equipo fue:

- Preparación del inicio de tratamiento (73%)

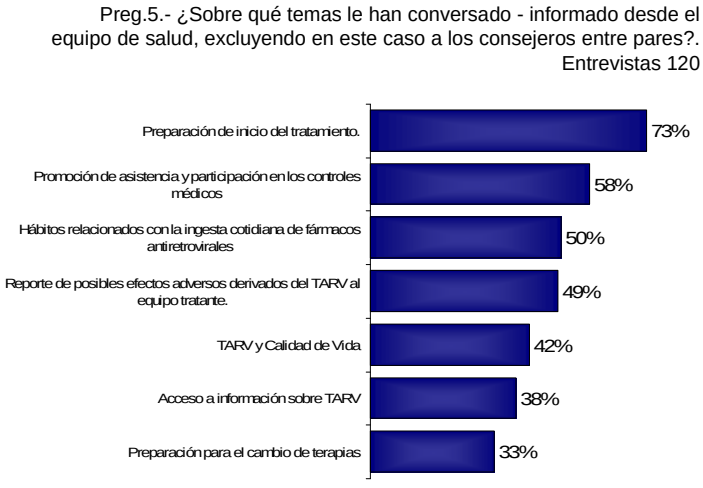


Gráfico 21

c) En la prevención secundaria (ver gráfico 22), los temas más conversados con el equipo de salud fueron:

[128] Por la naturaleza de los datos, para resaltar los temas más conversados, se utiliza el criterio de dos tercios, es decir, cada tres personas dos han conversado el tema, esto para discriminar.

- Vías de transmisión (73%
- Sexualidad – Vida sexual (70%)
- Uso correcto del condón (71%)

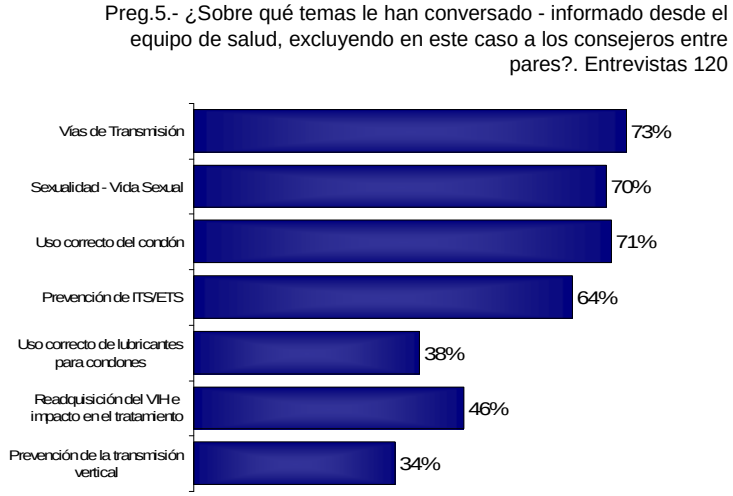


Gráfico 22

En términos generales, podemos afirmar la existencia de una agenda informativa predominante en la relación entre el equipo de salud y los usuarios. Esta pauta es coherente con los antecedentes recogidos en los estudios de caso: la agenda del equipo de salud –muchas veces por motivos atribuidos al tiempo por los profesionales- se concentra en un tratamiento informativo de las materias propias de la consejería, donde ésta es definida como consejería "educativa". Más adelante contrastaremos con las unidades temáticas privilegiadas en la relación con el/la consejero/a.

Desde una mirada empírica, frente a los 21 temas del Modelo emerge la pregunta ¿cuáles se asocian más entre sí?, Para contestar dicha pregunta se utilizó un análisis factorial[129], técnica que permite determinar grupos de variables asociadas. El resultado muestra los 21 temas agrupados en 5 grupos factoriales o 'menús', que presentamos a continuación (como se verá, la estructura interna es consistente con la estructura temática de las 21 líneas de acción del programa):

a) "*Menú Adherencia*". El primer grupo posee los siguientes temas, asociados principalmente a adherencia del TARV, y se caracteriza por ser tratados por usuarios 'antiguos' (esto es, notificados hace tiempo).

	Correlación con el factor
Preparación para el cambio de terapias	0,778
Reporte de posibles efectos adversos derivados del TARV al equipo tratante.	0,759
TARV y Calidad de Vida	0,748
Hábitos relacionados con la ingesta	0,538

[129] Las variables utilizadas fueron dicotómicas 0 y 1.

cotidiana de fármacos antiretrovirales	
Consumo de sustancias alcohol y drogas	0,536
Acceso a información sobre TARV	0,469

b) "*Menú Prevención Secundaria*". El segundo grupo posee los siguientes temas, asociados principalmente a prevención secundaria.

	Correlación con el factor
Readquisición del VIH e impacto en el tratamiento	0,773
Prevención de la transmisión vertical	0,719
Derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA	0,566
Promoción de asistencia y participación en los controles médicos	0,535

c) "*Menú Sexualidad*". El tercer grupo posee los siguientes temas, asociados principalmente a las dimensiones de la sexualidad en el marco de la prevención secundaria.

	Correlación con el factor
Prevención de ITS/ETS	0,712
Sexualidad - Vida Sexual	0,712
Uso correcto de lubricantes para condones	0,600
Vías de Transmisión	0,594
Uso correcto del condón	0,568

d) "*Menú Autocuidado*". El cuarto grupo posee los siguientes temas, asociados principalmente a Autocuidado.

	Correlación con el factor
Apoyo emocional	0,714
Hábitos higiénicos	0,710
Alimentación Saludable	0,435

e) "*Menú Autocuidado 2*". Al igual que el cuarto grupo, el quinto también desarrolla temas asociados con el Autocuidado.

	Correlación con el factor
Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público	0,756
Orientación sobre exámenes de monitoreo CD4 – Viral	0,711
Preparación de inicio del tratamiento.	0,490

Referentes de conversación en el equipo de salud. Por último, para conocer con cuáles integrantes del equipo de salud han conversado estos temas, se consultó a los usuarios sobre la persona con la cual conversaron y la frecuencia de dicha conversación. Al respecto, casi la totalidad de los usuarios declara que el médico (97% - (115)) es una de las personas que le ha conversado sobre los temas analizados (Ver grafico 23.1). La mención de otros referentes dependerá de la conformación de los equipos de salud incluidos en la muestra, concentrándose en las profesiones de Matrona, Psicólogo y Enfermeras.

Al analizar la información por orden de frecuencia de la conversación, el médico es la persona que con mayor frecuencia se comunica con el usuario (58% - (69)), quedando los demás integrantes del equipo en un plano secundario (Ver grafico 23.2).

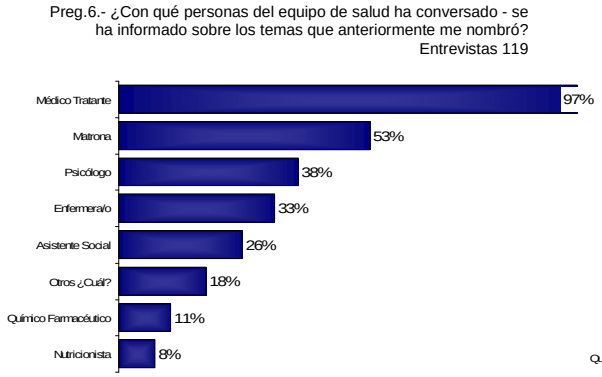


Gráfico 23.1

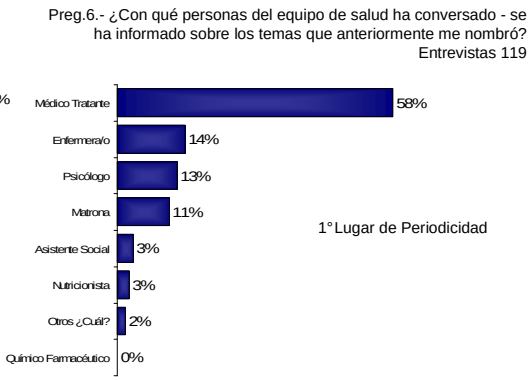


Gráfico 23.2

3.2) Conversación con el/la Consejero/a

El recuerdo espontáneo de los temas conversados con el/la consejero/a entre pares es un buen indicador de la resonancia que los usuarios conservan de dicho contacto. Se pidió a los usuarios que, sin apoyo de cartillas, hicieran el recuento de los temas conversados, resultando diversos tópicos que fueron agrupados en categorías generales. De ellas, las más nombradas fueron “tratamiento”, “apoyo emocional”, “enfermedad” y “uso del condón y sexualidad” (Ver gráfico 24). Resulta sintomático que la estructura de recuerdo de los temas enfatiza diferencias entre varones y mujeres: mientras los primeros presentan una pauta que podríamos denominar “*orientada a la acción*” (marcan sus preferencias por las temáticas de tratamiento, uso de condón, terapia, transmisión), las mujeres tienden a desarrollar una pauta “*orientada a la acogida*”, marcando su preferencias en torno a las temáticas de apoyo emocional, enfermedad, aceptar la enfermedad, entre otros.

Preg. 18.- Recordemos, ¿Sobre qué temas conversó con el/la o los/las consejeros/as? (Multirespuesta)
Entrevistas 117

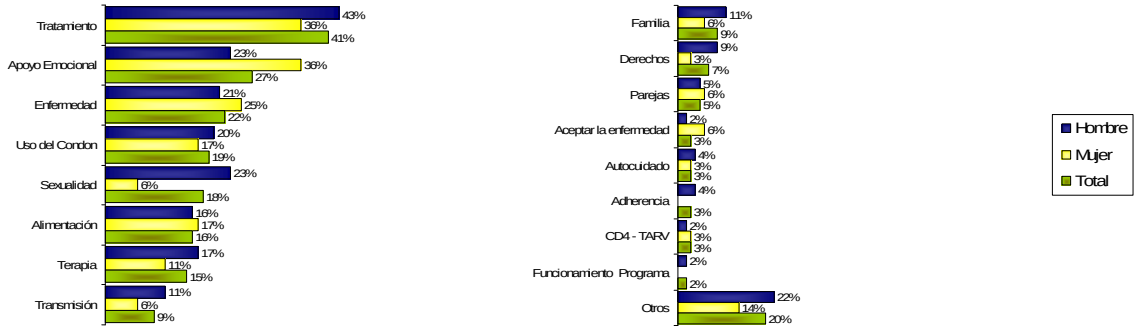


Gráfico 24

Posteriormente, se solicitó que recordaran nuevamente los temas tratados, ésta vez con ayuda de una cartilla. Si bien aumenta la cantidad de temas nombrados respecto a la pregunta anterior, las preferencias se repiten. Así, el menú de temas se ordena en torno a las 3 grandes dimensiones: autocuidado, adherencia y prevención secundaria (Ver gráfico 25). Los temas más nombrados en cada una de las grandes dimensiones son los siguientes:

- Apoyo emocional (65%) en Autocuidado;
- Preparación de inicio del tratamiento. (49%) en Adherencia;
- Sexualidad y Vida sexual (57%) en Prevención secundaria;

Puede afirmarse que la pauta conversacional con los/las consejeros entre pares se configura en torno a una agenda que tiene a las temáticas psicosociales del apoyo emocional como protagónicas. Esto, a diferencia de la agenda predominantemente informativa del equipo de salud (Ver acápite 3.1).

Preg.19.- ¿Sobre qué temas conversó con el/la o los/las consejeros/as?
Entrevistas 117

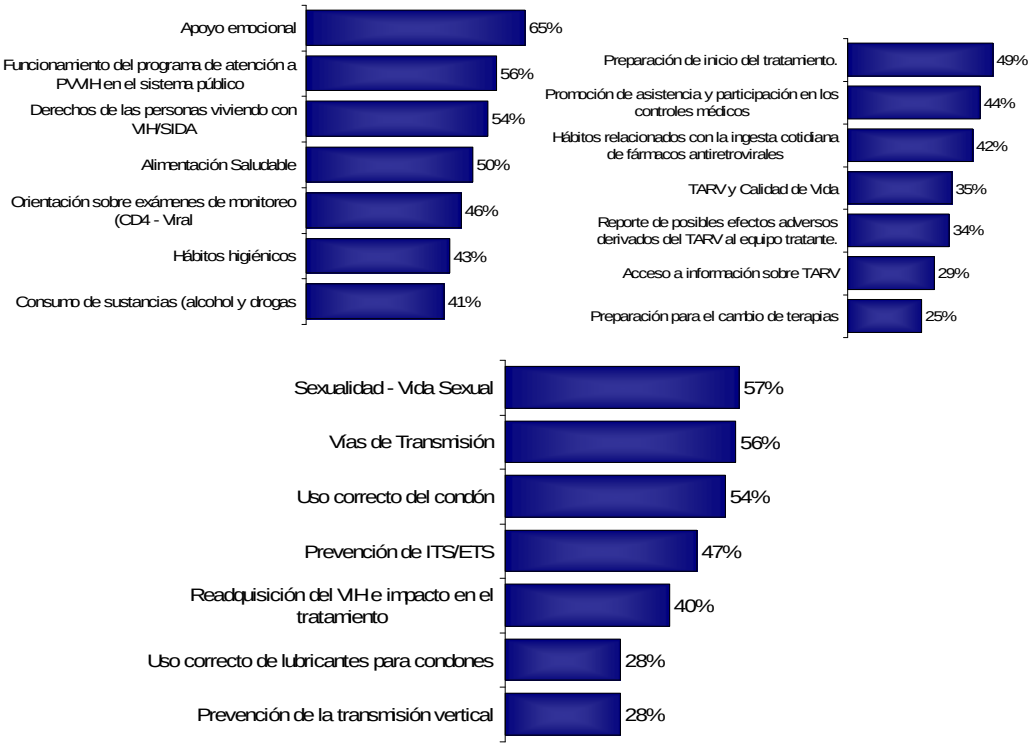


Gráfico 25

Resulta interesante observar que en el único tema que diferencia claramente la agenda de varones (57%) y mujeres (83%) es el apoyo emocional (preferencia mayoritaria femenina). Por otra parte, a medida que aumenta el número de sesiones, crece el porcentaje de personas que declara haber conversado el tema del apoyo emocional [Una sesión (47%),dos o tres sesiones (69%), y más de tres sesiones (83%)] (Ver gráfico 26).

Podemos hipotetizar sobre ciertas pautas de género que ordenan la conversación y sobre un punto sugerente: a medida que se fortalece el vínculo entre el usuario y la consejería, la agenda tiende a modificarse, favoreciendo la agenda propia del usuario y su circunstancia.

Preg.19.- ¿Sobre qué temas conversó con el/la o los/las consejeros/as? (Apoyo Emocional)
Entrevistas 117

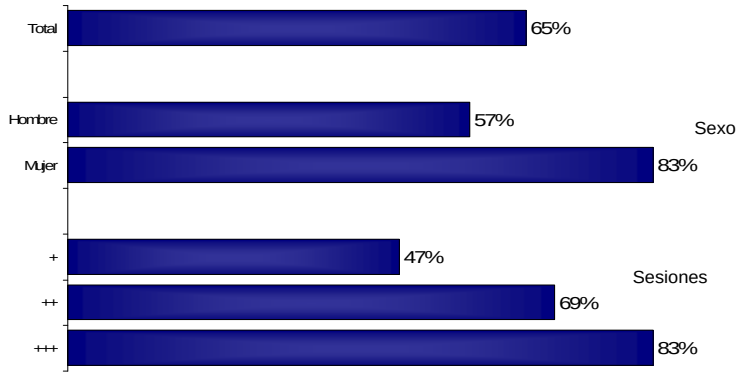


Gráfico 26

Al igual que en el caso del equipo de salud, se realizó un análisis factorial para determinar los temas que se asocian entre sí. El resultado agrupa los 21 temas en 4 grupos o menús (que tienden a producir sesiones integradas de temas). A saber:

a) "*Menú prevención secundaria*". El primer grupo posee los siguientes temas:

Primer Factor	Correlación con el Factor
Vías de Transmisión	0,806
Uso correcto del condón	0,777
Uso correcto de lubricantes para condones	0,695
Prevención de ITS/ETS	0,693
Sexualidad - Vida Sexual	0,645
Readquisición del VIH e impacto en el tratamiento	0,631
Prevención de la transmisión vertical	0,624
Hábitos higiénicos	0,618
Consumo de sustancias (alcohol y drogas	0,543
Preparación para el cambio de terapias	0,421

b) "*Menú adherencia y autocuidado*". Posee los siguientes temas:

Segundo Factor	Correlación con el Factor
TARV y Calidad de Vida	0,762
Acceso a información sobre TARV	0,721
Reporte de posibles efectos adversos derivados del TARV al equipo tratante.	0,694
Promoción de asistencia y participación en los controles médicos	0,671
Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales	0,668
Derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA	0,616
Apoyo emocional	0,599
Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 - Viral	0,565
Alimentación Saludable	0,518

c) *"Preparación al tratamiento"*. El tercer grupo posee los siguientes temas:

Tercer Factor	Correlación con el Factor
Preparación de inicio del tratamiento.	0,846

d) *"Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público"*. El cuarto grupo posee los siguientes temas:

Cuarto Factor	Correlación con el Factor
Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público	0,795

Por último, construimos un índice para medir la cantidad de temas conversados entre consejero y usuario. Al desagregar la información según sexo se observa

que las mujeres tienden a desarrollar una pauta más amplia de temas (Ver gráfico 27.1). Además, se aprecia una asociación positiva con respecto al número de sesiones: a medida que hay más sesiones, mayor es la cantidad de temas tratados: el vínculo con el programa introduce un efecto de diversificación de la agenda (Ver gráfico 27.2).

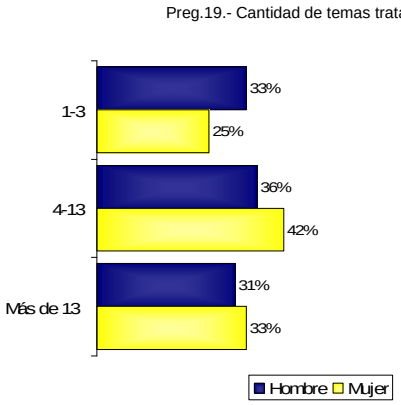


Gráfico 27.1

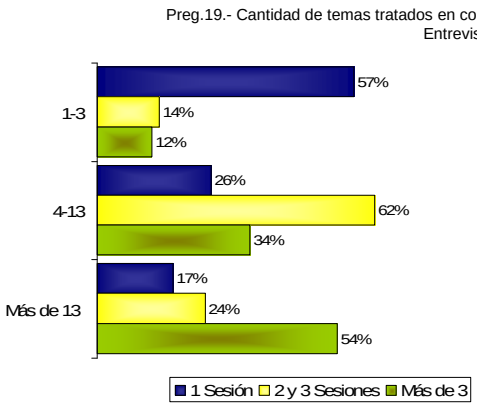


Gráfico 27.2

3.3) Complementariedad entre Equipo de Salud y Consejeros/as

Resulta relevante indagar en algunas dimensiones de complementariedad entre equipo de salud y los/las consejeros/as entre pares. Para ello, se ha diferenciado 2 ámbitos, a saber: complementariedad "*temática*" (donde se analiza si hay temas privativos de un actor u otro) y complementariedad "*operativa*" (donde los usuarios transmiten sus percepciones sobre el grado de integración de ambos tipos de actores en el trabajo cotidiano). En un primer apartado, se relacionarán los temas conversados con el equipo de salud (Preg.5) y los temas conversados con el/la consejero/a (Preg.19); en un segundo apartado, se mostrará el nivel de complementariedad percibida por los usuarios entre el equipo de salud y los/las consejero/as.

3.3.1) Complementariedad Temática

Al relacionar los temas conversados con el equipo de salud (Preg.5) y los abordados con el/la consejero/a (Preg.19), nos encontramos con cuatro situaciones:

CONSEJEROS

EQUIPO DE SALUD

1° Situación Ambos hablan del tema Vías de Transmisión Sexualidad - Vida Sexual	2° Situación Sólo Consejero habla del tema No se aprecian temas con una relevancia significativa El más recurrente es: Apoyo Emocional
3° Situación Sólo el equipo habla del tema Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 - Viral) Prevención de ITS/ETS. Preparación de inicio del tratamiento.	4° Situación Ninguno habla del tema Prevención transmisión vertical Preparación para el cambio de terapia Acceso a información a TARV

a) En el primer cuadrante nos encontramos con temas cuya conversación con el usuario es compartida entre el equipo de salud y el/la consejero/a. Éstos se relacionan con ámbitos propios de la prevención secundaria;
b) En el segundo cuadrante están los temas privativos del/la consejero/a; si bien no pareciera haber temas de responsabilidad exclusiva, la referencia más frecuente es “Apoyo Emocional”;
c) El tercer cuadrante identifica los temas exclusivos del equipo de salud: se trata de tópicos que abarcan los tres ámbitos generales del programa;
d) Por último, el cuarto cuadrante refiere temas omitidos por ambos actores, encontrándose cuestiones relacionadas con la adherencia y prevención vertical.

Desde una visión general, se puede apreciar la distribución de la complementariedad de temas entre el equipo de salud y los/las consejero/as, a través de porcentajes “promedios” de las diferentes situaciones. El equipo de salud tiende a tener más temas específicos y el/la consejero/a pareciera sumarse a una agenda compartida. Los temas más omitidos se relacionan con materias de cambio de esquema y otros temas específicos.

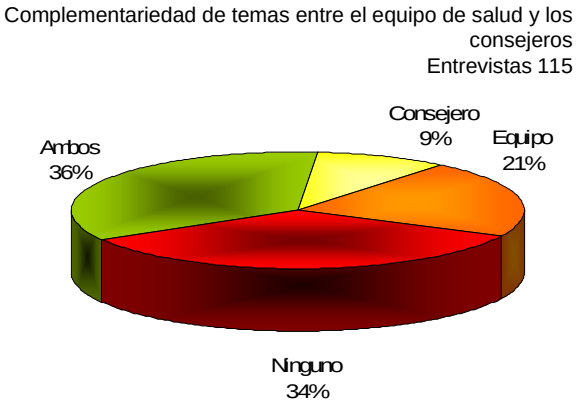


Gráfico 28

¿Sobre qué temas conversó con el/la o los/las consejeros/as - Equipo de Salud
Entrevistas 115

	Ambos	Consejero	Equipo	Ninguno
Vías de Transmisión	49%	9%	25%	17%
Sexualidad - Vida Sexual	47%	11%	23%	19%
Apoyo emocional	45%	20%	18%	17%
Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público	43%	13%	23%	20%
Uso correcto del condón	43%	11%	28%	17%
Alimentación Saludable	43%	7%	28%	23%
Preparación de inicio del tratamiento.	42%	8%	31%	19%
Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 - Viral)	38%	8%	32%	22%
Promoción de asistencia y participación en los controles médicos	37%	9%	21%	34%
Hábitos higiénicos	35%	9%	28%	29%
Consumo de sustancias (alcohol y drogas)	34%	8%	21%	37%
Derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA	34%	19%	10%	37%
Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales	34%	7%	16%	43%
Prevención de ITS/ETS	33%	15%	31%	21%
Readquisición del VIH e impacto en el tratamiento	33%	7%	14%	46%
Reporte de posibles efectos adversos derivados del TARV al equipo tratante.	29%	5%	22%	44%
TARV y Calidad de Vida	29%	6%	14%	51%
Prevención de la transmisión vertical	24%	4%	10%	61%
Acceso a información sobre TARV	22%	6%	17%	56%
Uso correcto de lubricantes para condones	21%	8%	19%	52%
Preparación para el cambio de terapias	17%	9%	17%	58%

3.3.2) Complementariedad Operativa

Al interrogar a los usuarios sobre el nivel de complementariedad percibido entre el equipo de salud y los/las consejero/as, el 76% de los usuarios declara un nivel “alto” o “medio”, y sólo un 11% declara un nivel “bajo” (Ver gráfico 29).

Preg.21.-¿Cómo estima el nivel de complementariedad existente entre el equipo de salud y el consejero entre pares, respecto de los contenidos tratados?
Entrevistas 123

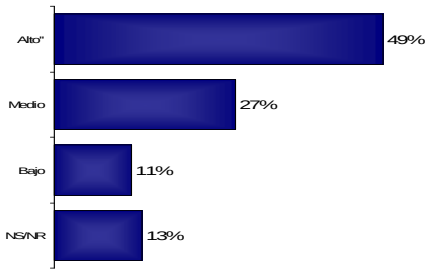


Gráfico 29

Entre las razones mencionadas para justificar el juicio, para el 49% de los usuarios que considera “alto” el nivel de complementariedad, ésta se debe principalmente a la comunicación (28%), al discurso idéntico (12%) y coordinación (10%) existente entre el equipo de salud y el/la consejero/a (Ver gráfico 30).

En segundo lugar, el 27% de los usuarios que atribuye un nivel “medio” de complementariedad argumenta la falta de profesionalismo y preparación (15%) y carencia de comunicación (12%) (Ver gráfico 30).

En tercer lugar, para el 11% de los usuarios que estimó “bajo” el nivel de complementariedad, éste se debe principalmente a falta de concordancia (21%) y coordinación (14%) (Ver gráfico 30).

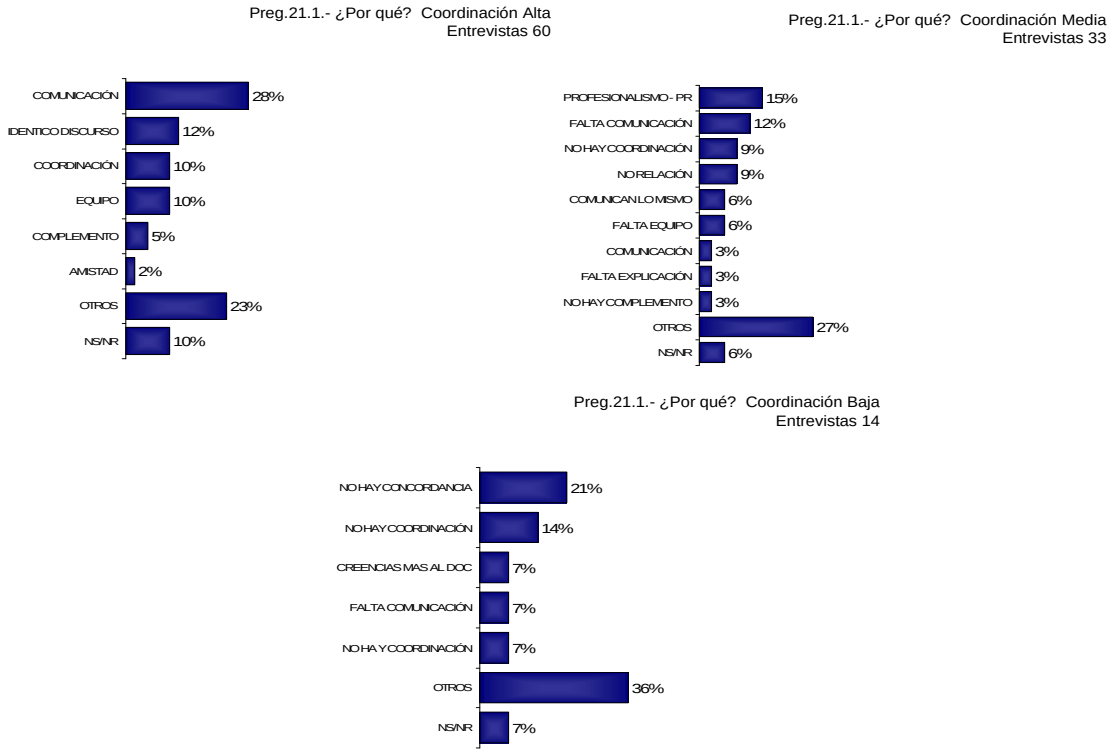


Gráfico 30

4) Evaluación de los Usuarios

Existe un conjunto de ámbitos de evaluación que fueron consultados a los usuarios. De una parte, los lugares donde se implementa la consejería; por otra, la percepción de la calidad de atención del/la consejero/a; en tercer lugar, la percepción de impacto del programa sobre la propia conducta; cuarto, los beneficios percibidos por la participación en la consejería y por último, los resultados de una escala de apreciación general sobre la prestación.

4.1) Evaluación del lugar de atención de las consejerías

Consultados sobre el lugar donde recibieron la prestación de la consejería entre pares, el 70% (83) de los usuarios señaló “el box de atención”, seguido por la sala de consejería (21% - (25)) (Ver gráfico 31). Cabe recalcar que los usuarios nombran una diversidad de espacios “no esperados” que van desde salas de espera hasta automóviles. Con ello, la prestación muestra su flexibilidad para adaptarse a los requerimientos del usuario, recurriendo a lugares públicos y privados. Asimismo, la información cualitativa indicó la amplia disponibilidad horaria del/la consejero/a.

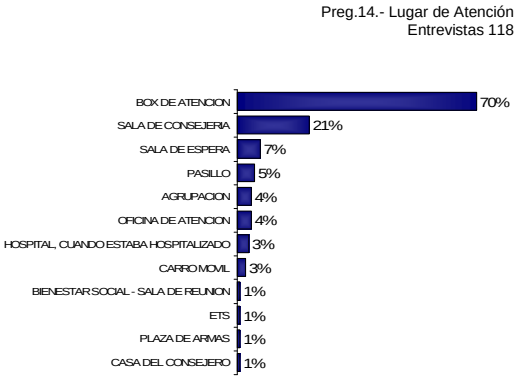
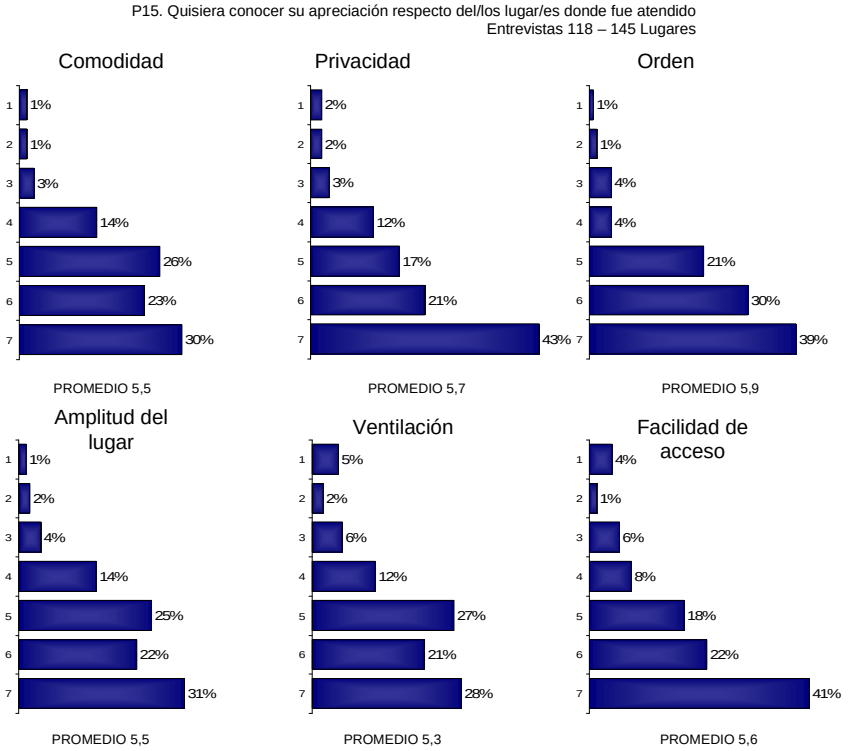


Gráfico 31

Consultados por una serie de características del lugar físico donde se realizan las consejerías (comodidad, privacidad, orden, amplitud, ventilación, accesibilidad), la mayoría de los usuarios indicó evaluaciones positivas (6 a 7). No obstante, hay un segmento que muestra cierto nivel de disconformidad con los ámbitos consultados cuyo promedio evaluativo oscila entre un 5,5 y un 5,9[130], puntajes que pueden ser considerados buenos. Sin embargo, al analizar la escala a través de puntos de cortes (en este caso 6 y 7 vs. las demás notas), se observan diferencias llamativas en los ámbitos comparados. En ese sentido, las categorías peor evaluadas (50% vs. 50%) son: “Amplitud del lugar”, “Comodidad” y “Ventilación” (Ver gráfico 32).



Ver gráfico 32

[130] La escala iba desde “1”, que significa “pésimo”, hasta “7”, que significaba “excelente”.

Al desagregar la información según sexo, se observa que las mujeres tienden a evaluar mejor que los varones. El análisis según número de sesiones no arroja asociación de las variables.

Media Aritmética					Eta*	Eta Cuadrado
	Hombre	Mujer	Total			
Comodidad	5,4	5,8	5,5		0,158	2,5%
Privacidad	5,5	6,2	5,7		0,207	4,3%
Orden	5,8	6,1	5,9		0,131	1,7%
Amplitud del Lugar	5,4	5,7	5,5		0,122	1,5%
Ventilación	5,3	5,3	5,3		0,007	0,0%
Facilidad de acceso	5,6	5,9	5,7		0,087	0,8%

* Medida de Asociación entre una variable nominal y una variable intervalar.

4.2) Evaluación del /la Consejero/a

Para evaluar la calidad de la atención del/la consejero/a entre pares, se presentó a los usuarios una serie de ítems que debían ser calificados de 1 a 7. A saber:

ITEMS EVALUADOS: EL/LA CONSEJERO/A…
Fue respetuoso
Me escuchó con atención
Se dio a entender
Se explicó con claridad
Se dio el tiempo necesario para atenderme
Aclaró mis dudas
Me dio apoyo emocional

En términos generales, los sujetos evalúan los ámbitos de actuación del/la consejero/a con promedios que oscilan entre una nota de 6.2 y 6.6, puntajes considerados muy buenos en una escala de 1 a 7. Aunque los promedios son muy similares, ordenaremos los ítems en dos grandes grupos: el primer grupo son los ítems que poseen un promedio igual o superior a 6,5 del total de las evaluaciones, y el segundo grupo son los ítems con promedio menor.

El grupo con mejor evaluación da cuenta de los siguientes ítems, propios de la *dimensión de escucha (Ver gráfico 33)*:

- El/la consejero/a fue respetuoso
- El/la consejero/a me escuchó con atención
- El/la consejero/a aclaró mis dudas

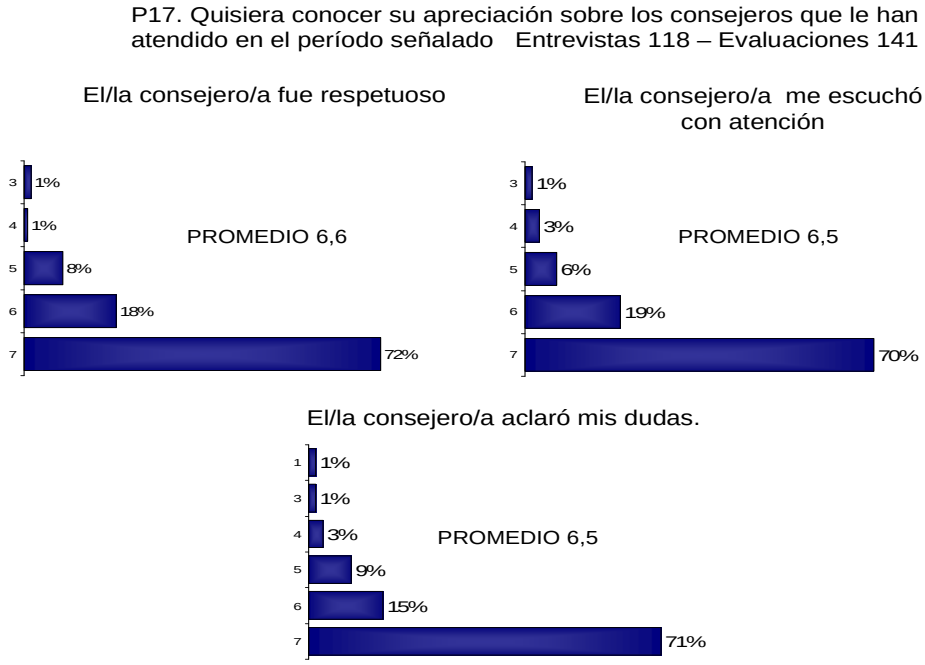


Gráfico 33

El segundo grupo –ligeramente menos evaluado- combina ítems de escucha con ítems de una *dimensión performativa* o de actuación (“se dio a entender”, “se explicó con claridad”) *(Ver gráfico 34)*:

- El/la consejero/a se dio el tiempo necesario para atenderme
- El /la consejero se dio a entender
- El/la consejero me dio apoyo emocional
- El/la consejero se explicó con claridad

P17. Quisiera conocer su apreciación sobre los consejeros que le han atendido en el período señalado Entrevistas 118 – Evaluaciones 141

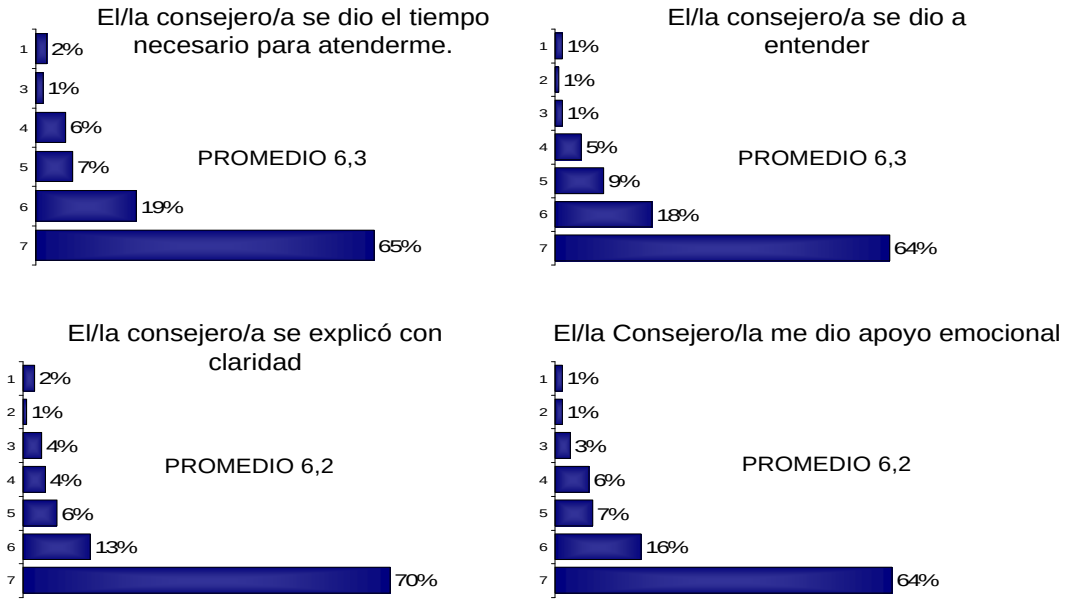


Gráfico 34

Asumiendo los altos valores obtenidos, descriptivamente las mujeres tienden a evaluar de mejor manera a los/las consejero/as. Además, se aprecia una asociación positiva con respecto al número de sesiones: a medida que éste aumenta, mejora la evaluación del/la consejero/a, especialmente en los ámbitos “me escuchó” y “me dio apoyo emocional”.

	Hombre	Mujer	Total		Eta *	Eta Cuadrado
El/la consejero/a fue respetuoso	6,5	6,7	6,6		0,106	1,1%
El/la consejero/a me escuchó con atención	6,5	6,7	6,5		0,114	1,3%
El/la consejero/a se dio a entender.	6,2	6,6	6,3		0,178	3,2%
El/la consejero/a se explicó con claridad	6,2	6,5	6,3		0,110	1,2%
El/la consejero/a se dio el tiempo necesario para atenderme.	6,4	6,6	6,5		0,099	1,0%
El/la consejero/a aclaró mis dudas.	6,2	6,3	6,2		0,046	0,2%
El/la Consejero/la me dio apoyo emocional	6,2	6,5	6,3		0,109	1,2%

* Medida de Asociación entre una variable nominal y una variable intervalar.

Correlaciones		
	Número de sesiones	N
El/la consejero/a fue respetuoso	0,133	141
El/la consejero/a me escuchó con atención	0,223	141
El/la consejero/a se dio a entender.	0,155	141
El/la consejero/a se explicó con claridad	0,155	141
El/la consejero/a se dio el tiempo necesario para atenderme.	0,197	141
El/la consejero/a aclaró mis dudas.	0,193	141
El/la Consejero/la me dio apoyo emocional	0,213	141

4.3) Beneficios atribuidos a la consejería entre pares

Frente a la pregunta ¿Qué beneficios le han traído las sesiones de consejería?, los temas más nombrados por los usuarios se relacionan con aspectos de información (41%) y apoyo emocional (39%) (Ver gráfico 35). Al desagregar la información según sexo, se observa que el mayor beneficio declarado por las mujeres alude al "apoyo emocional" (69%); por su parte, los varones refieren principalmente temas de "información" (44%) y –aunque bastante menor- coinciden en el "apoyo emocional". Puede observarse ciertas pautas de consumo diversas entre varones y mujeres: la diferencia entre temas '*blandos'* (apoyo, espacio de conversación) y temas '*duros'* (información, adherencia) (Ver gráfico 35).

Preg. 22.- En su opinión, ¿Cuáles han sido los principales beneficios que le han traído las sesiones de consejería?
Entrevistas 116

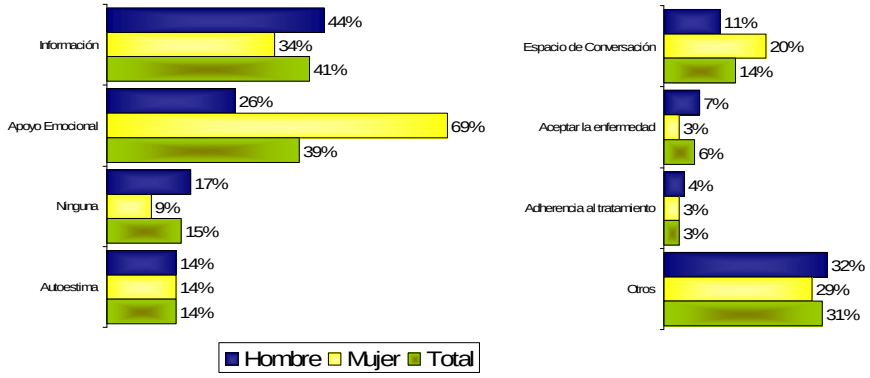


Gráfico 35

Asimismo, a la base de estos juicios, podemos observar el predominio de dos formas de consejería: aquella denominada "educativa o de información" y la consejería "de apoyo o acogida". Ambos énfasis en la prestación están contenidos en los elementos del Modelo. Cabe resaltar que la dimensión propiamente comunicativa de la consejería –"espacio de conversación"- aparece como uno de los ítems con valoración relativamente baja.

Al desagregar la información según número de sesiones, se observa que un 30% (14) de los usuarios con una sola sesión no percibe beneficio. Si observamos los temas de información y apoyo emocional, aumenta la proporción de usuarios que nombran dichos temas, mientras aumenta el número de sesiones (Ver gráfico 36). Puede hipotetizarse que en el caso de algunos usuarios, la brevedad del vínculo terminaría asociando la consejería con un trámite más a cumplir en la cadena de prestación.

Preg. 22.- En su opinión, ¿Cuáles han sido los principales beneficios que le han traído las sesiones de consejería?
Entrevistas 116

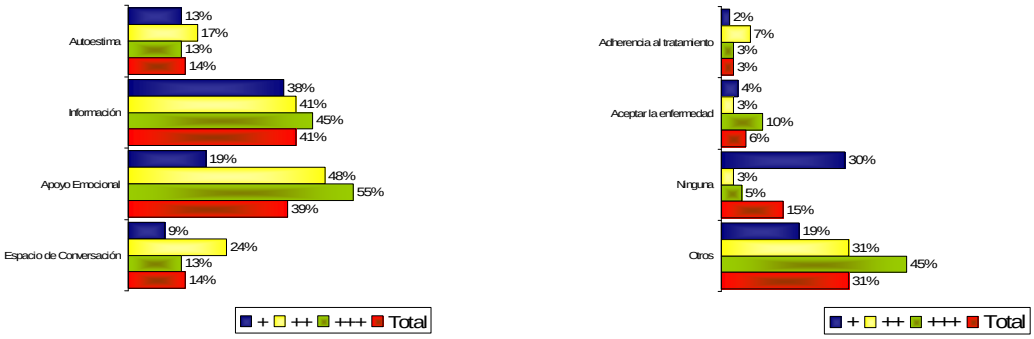


Gráfico 36

4.4) Impacto del Programa de Consejería Asociativa

Al no existir una línea base definida para el programa, se optó por una aproximación consistente en medir la percepción de impacto de los propios usuarios en cinco ámbitos diferentes. Para ello, se pidió a los usuarios evaluar el impacto de la consejería en 5 tipos de competencias asociadas al autocuidado, la adherencia y la prevención secundaria. Para cada ámbito, se consultó la percepción de impacto de los usuarios, si éste era positivo o negativo, y la importancia de la consejería entre pares en dicho impacto.

ÁMBITOS DE IMPACTO CONSULTADOS	LÍNEA ESTRATÉGICA ASOCIADA
1.Capacidad para conversar sobre sexualidad	Prevención secundaria
2.Capacidad para elaborar, asumir, madurar, incorporar condición de PVVIH	Autocuidado, Adherencia, Prevención secundaria
3.Adherencia al tratamiento	Adherencia
4.Uso del preservativo en las relaciones sexuales	Prevención secundaria
5.Nivel de información sobre estrategias de autocuidado para PVVIH	Autocuidado

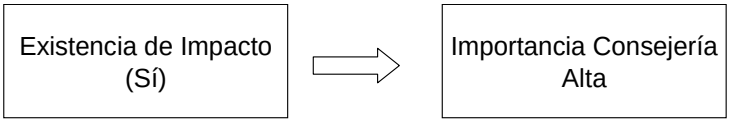
Al analizar cada pregunta por separado observamos que **dos tercios de los usuarios reconocen la existencia de impacto de la consejería (64% en promedio)**. Las competencias relacionadas con la adherencia al tratamiento, el nivel de información sobre estrategias de autocuidado y la capacidad para elaborar la condición de PVVIH son las áreas mejor evaluadas.

Entre los usuarios que han reconocido impactos, la mayoría se inclina por reconocer mejoras o aumentos de las competencias consultadas y coinciden en atribuir una importancia alta a la consejería en la consecución de dichos cambios.

Ámbito de impacto	N=123		Usuarios que han reconocidos impactos	
	Existencia de impacto		Ha mejorado o aumentado	Importancia alta de la consejería
Capacidad para conversar sobre mi sexualidad	57%		81%	79%
Capacidad para elaborar, asumir, madurar, incorporar mi condición de PVVIH	66%		85%	81%
Adherencia al tratamiento	69%		82%	79%
Uso del Preservativo	61%		76%	76%
Nivel de información sobre estrategias de autocuidado para PVVIH	68%		82%	85%
Promedio	64%		81%	80%

Asumiendo el contexto general de una evaluación favorable, se organizó una aproximación a los datos que recoge las menciones positivas en materia de

existencia de impacto y las que atribuyen una alta importancia a la consejería entre pares: es lo que denominamos “impacto completo”, cuyo modelo exponemos en el siguiente cuadro:



El nivel de percepción de impacto “completo” del programa se mide dicotómicamente para cada usuario: si éste responde de una manera determinada (según indica el modelo), se asume que existe impacto “completo”; por el contrario, si responde de otra manera se asume que no existe impacto “completo”.[131] Considerando el promedio de todos los ítems, el 50% de los usuarios reconoce impacto completo del programa.

Los ítems con mayor impacto son: “nivel de información sobre estrategias de autocuidado” (55%), “adherencia al tratamiento” (53%) y “capacidad para elaborar, asumir, madura, incorporar mi condición de PVVIH” (51%). Podemos señalar que el aporte psicosocial de la consejería se juega en dichas dimensiones de impacto. Los ítems con menor impacto son “uso de condón” (44%) y “capacidad para conversar mi sexualidad” (45%) (Ver gráfico 37). El uso del condón es un impacto de mediano plazo en la estructura del programa, directamente vinculado a la capacidad para romper el tabú de la conversación de la sexualidad, que para los usuarios resulta un área particularmente difícil de abordar en el marco de su condición de salud. Se trata de un campo específico para mejorar las competencias de la consejería (prevención secundaria).

Preg.20.-¿Ha tenido impacto la consejería entre pares en el mejoramiento de su calidad de vida?. ¿Cómo estima la importancia de la consejería entre pares?
Entrevistas 123

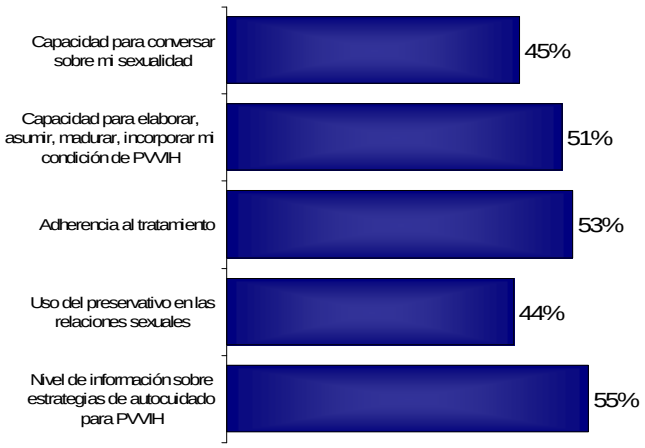


Gráfico 37

Las mujeres perciben un nivel de impacto positivo mayor que los varones en casi todas las dimensiones consideradas (sólo en la dimensión “uso del preservativo” se manifiesta una ligera superioridad masculina) (Ver gráfico 38).

[131] Por tanto, asumimos que se trata de una medida exigente.

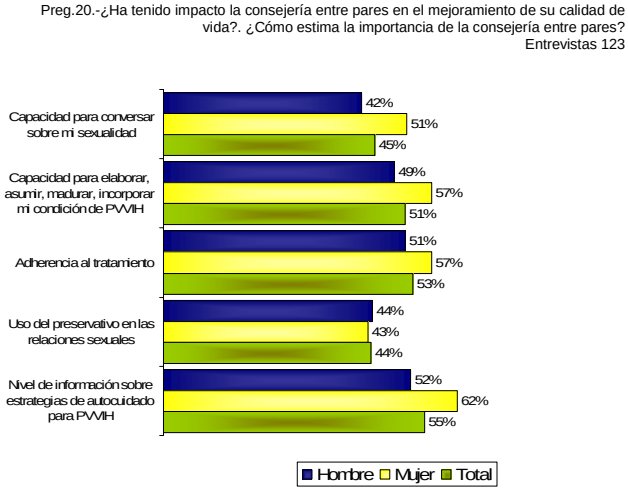


Gráfico 38

Cabe recalcar que las personas que no pertenecen a agrupaciones o han tenido una sola sesión de consejería manifiestan un menor nivel de impacto en los ámbitos analizados (39%, en promedio); y las personas pertenecientes a agrupaciones perciben un alto nivel de impacto positivo (66%, en promedio) (Ver gráfico 39.1). Por último, a medida que aumenta el número de sesiones, se acrecienta la percepción de impacto positivo (Una sesión, 29%; dos o tres sesiones, 56%, más de tres sesiones 70%) (Ver gráfico 39.2).

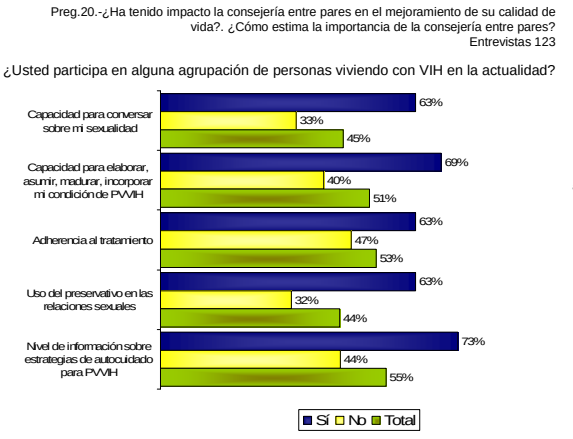


Gráfico 39.1

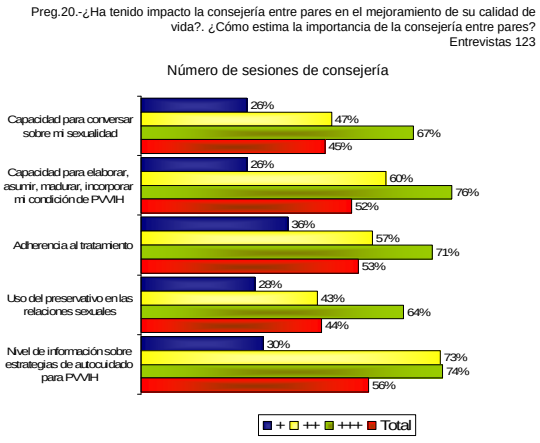


Gráfico 39.2

4.5) Escala de Apreciación

Los usuarios manifestaron su nivel de acuerdo frente a nueve afirmaciones relacionadas con la consejería asociativa. Como se aprecia, los ítems fueron elaborados para dar cuenta de una evaluación positiva y negativa respecto del aporte de la actividad.

"La consejería entre pares es un espacio de acogida"
"La consejería entre pares es un trámite innecesario"
"La consejería entre pares es un espacio de información"
"En la consejería entre pares me hablaron de cosas que yo ya sabía"
"En la consejería entre pares pude hablar de temas que con el equipo de salud no puedo hablar"
"La consejería entre pares no me aportó nada nuevo"
"La consejería entre pares me ha permitido entender mejor el funcionamiento del programa VIH"
"El/la consejero/a es una persona que muestra preparación en los temas que conversamos"
Mis habilidades de autocuidado no han mejorado sustancialmente con la consejería

Para presentar dichos resultados se ordenaron las afirmaciones en un mismo sentido, valores bajos implican negatividad y valores altos positividad. En términos generales, si se compara las calificaciones con las notas del/la consejero/a, puede afirmarse que es más discriminador evaluar la consejería que la persona del/la consejero/a.

- Las afirmaciones que muestran un mayor nivel de positividad fueron "un espacio de información" y "el/la consejero/a muestra preparación en los temas que conversamos;

- Las afirmaciones que muestran un mayor nivel de negatividad fueron "me hablaron de cosas que yo ya sabía" y "Mis habilidades de autocuidado no han mejorado sustancialmente con la consejería". De modo indirecto, estos ítems también aluden a dimensiones de impacto del programa;

A continuación le voy a leer algunas frases relacionadas con la consejería entre pares, para las cuales quiero que me diga cuán de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de ellas.
Entrevistas 119

Gráfico 40

- Al analizar los ítems según el número de sesiones se observa que las personas que tienen una sesión poseen una visión más negativa que el resto (“es un trámite innecesario”; “me hablaron de cosas que ya sabía”; “no me aportó nada”; “mis habilidades no han mejorado”).

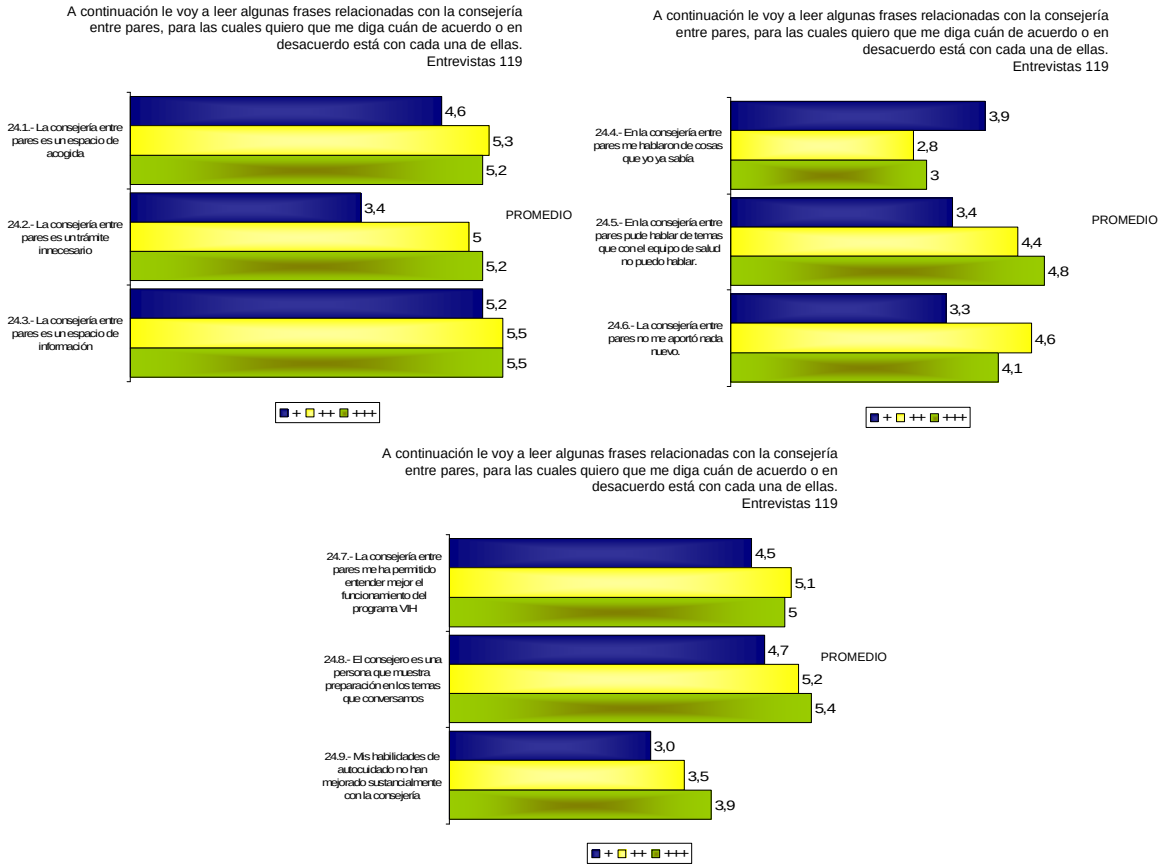


Gráfico 41

4.6) Sugerencias al Programa

Se consultó a los usuarios sobre las sugerencias que podrían mejorar la calidad de la prestación de la consejería entre pares. De esta forma, el 54% (52) de los usuarios que contestan sugieren cambios en el ámbito de los/las consejero/as y sesiones; en segundo lugar, haría cambios en el mobiliario (25% - (24)) y lugar de la consejería (24% - (23)).

El tema de los/las consejero/as y sesiones abarca los siguientes tópicos[132]:

- Más sesiones
- Sesiones todos los días
- Consejeros de ambos sexos
- Más Consejeros.
- Mejorar la preparación

[132] La denominación y el análisis de éstos corresponde a la lectura cualitativa de las categorías de respuesta abierta del cuestionario.

- Integrar en las sesiones a los médicos y familiares.

Los temas de mobiliario y lugar abarcan los siguientes tópicos:

- Plantas
- Cafetería – Té - Agua
- Equipo de Vídeo – Música
- Lugar más acogedor
- Lugar más privado
- Lugar más estable

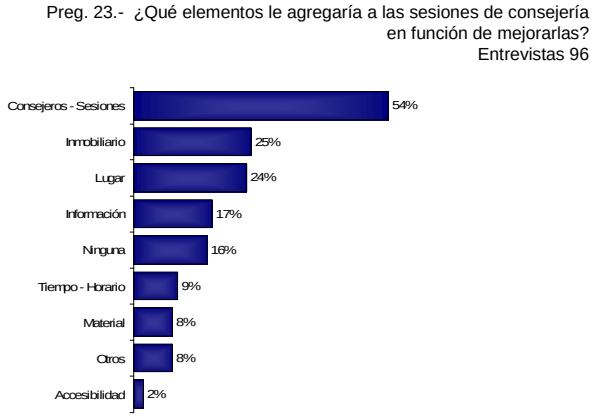


Gráfico 42

5) Tipología de Usuarios

El análisis de la información pregunta por pregunta muestra ciertos patrones de relación. Para observar esta asociatividad en forma global se utilizó la técnica del análisis de tipologías, consistente en una técnica estadística multivariada que permite generar grupos que tienen como característica el hecho que en su interior los casos son similares, mientras que entre los grupos los casos son diferentes. La técnica utiliza variables continuas debido a los procedimientos matemáticos involucrados (Distancias). Para determinar el número de grupos óptimos se utilizan dos criterios complementarios: en primer lugar, que las diferencias entre los grupos sean significativas estadísticamente (para determinarlo se utiliza el análisis de anova); en segundo lugar, que el número de casos en cada grupo permita realizar análisis. Las variables para construir la tipología fueron las siguientes[133]:

- Conocimiento anterior del programa;
- Conversación sobre la existencia del programa con personas externas al equipo e integrantes de la agrupación;
- Cantidad de temas conversados con el equipo de salud;
- Haber conversado con el médico en 1° lugar o 2° lug ar;
- Haber sido derivado – Demanda espontánea – Contactado por el/la consejero/a;
- Número de sesiones;
- Haber faltado alguna sesión;
- Cantidad de temas conversados con el/la consejero/a;

Se generaron cuatro grupos que se caracterizan por tener aproximadamente similar tamaño, oscilando entre 23% y 27% (en el gráfico 43 se identifica el número asignado al grupo –de I a IV-, el número de casos en su interior y su peso en la muestra total).

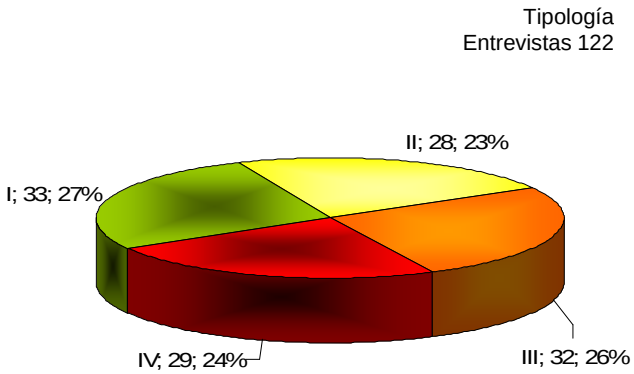
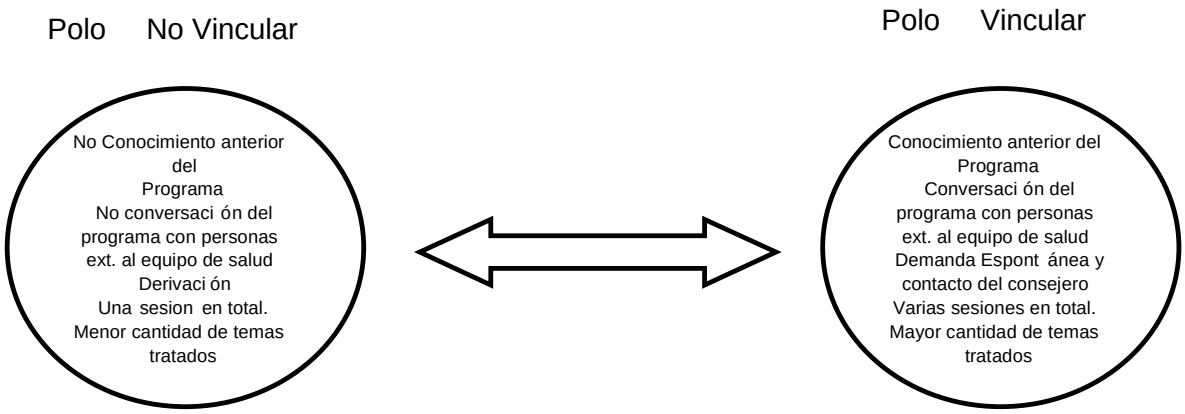


Gráfico 43

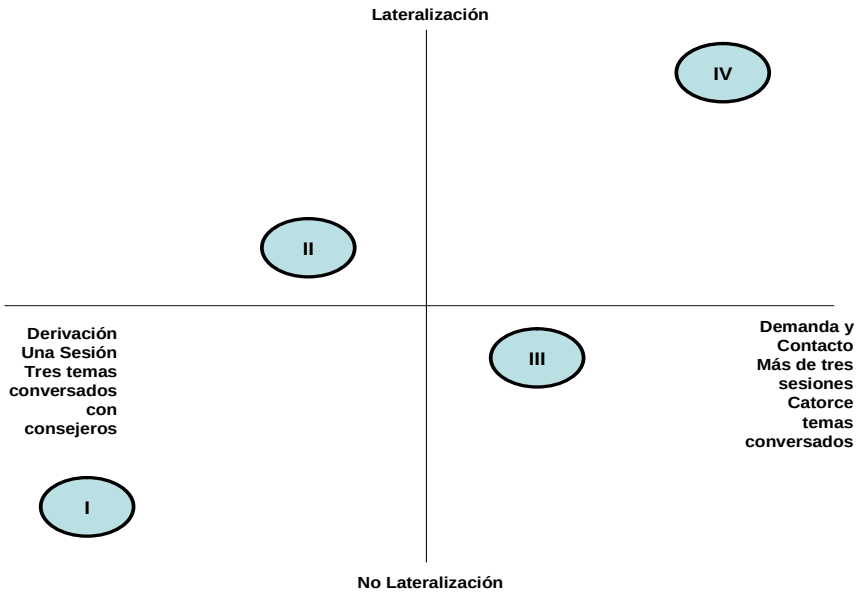
[133] Se eligieron dichas variables en la medida que resultaron representativas del proceso: se trata de variables 'duras' esto es, aluden a dimensiones *procedimentales o factuales*, dejando de lado las atribuciones de opinión.

5.1) Descripción de los grupos de la tipología

Los cuatro grupos referidos conforman un eje que va desde un polo "no vincular" hasta un polo "vincular" de relación con el programa de consejería entre pares:



1. Durante la primera fase de implementación del proyecto de consejería asociativa, podemos encontrar **cuatro tipos de usuarios** construidos a partir de su comportamiento en relación de las variables de procedimiento del programa:



Los dos primeros tipos de usuarios se caracterizan por enmarcarse en el ámbito de la derivación, y en el número total de sesiones predeterminados por el Modelo:

El tipo I, se caracteriza por no poseer conocimiento previo del programa, ser contactado la primera vez a través de la derivación; realizar una sola sesión con el/la consejero/a; conversar un menú restringido en dicha sesión; y no

conversar con personas externas al VIH sobre la existencia del programa. Este tipo de usuario cumple con los requerimientos básicos del programa.

El tipo II, se caracteriza por no poseer conocimiento previo del programa, ser contactado la primera vez a través de la derivación, realiza más de una sesión, pero no más tres; conversa una cantidad mayor de temas con el/la consejero/a; y una mayor proporción de usuarios conversa con personas externas al VIH sobre la existencia del programa. En este tipo de usuario es minoritaria la posibilidad de demandar atención espontáneamente o de ser contactado/a por el/la consejero/a.

El tipo III, se caracteriza por no poseer conocimiento previo del programa; ser contactado la primera vez a través de la derivación o por una vía no formal (Demanda espontánea o contacto), pero lo distintivo es que en un contacto posterior aparece la demanda espontánea como principal forma de contacto, es decir, el usuario aparece como demandante del/la consejero/a; realiza más de una sesión, la mitad realiza más de tres sesiones, conversan una mayor cantidad de temas; pero una menor proporción de usuarios conversa con personas externas sobre la existencia del programa (respecto al Tipo II).

El tipo IV, se caracteriza por poseer conocimiento previo del programa; ser contactado la primera vez por una vía no formal (Demanda espontánea o contacto). Este tipo de usuario no conoce la derivación; realiza más de una sesión, la mayoría realiza más de tres sesiones, conversan una mayor cantidad de temas; y en mayor proporción conversa con personas externas al VIH sobre la existencia del programa.

5.2) Análisis de variables en relación con la tipología

A partir de este eje discriminador que denominaremos “vinculación con el programa”, caracterizamos los grupos en relación a otras variables relevantes.

5.2.1) Análisis según sexo.

En primer lugar, el análisis bivariado nos muestra que las mujeres poseen ciertos patrones de respuesta: en la tipología se concentran en los grupos ubicados al medio de ambos polos, es decir, no se concentran en el grupo más vincular (pero son serias candidatas a éste: conversan más temas, son más asiduas). Esta posición les caracteriza del siguiente modo: ser derivadas la primera vez y en un porcentaje relevante, buscar al consejero de manera espontánea con posterioridad al primer encuentro. Aunque desde un análisis bivariado se observa que abordan un número mayor de temas (se concentran entre 2 y 5 temas).

En el caso de los hombres, si bien son mayoría en todos los grupos (reflejo de su presencia en la muestra), se concentran en los grupos extremos, es decir, por un lado son los menos vinculados y por otro los más vinculados.

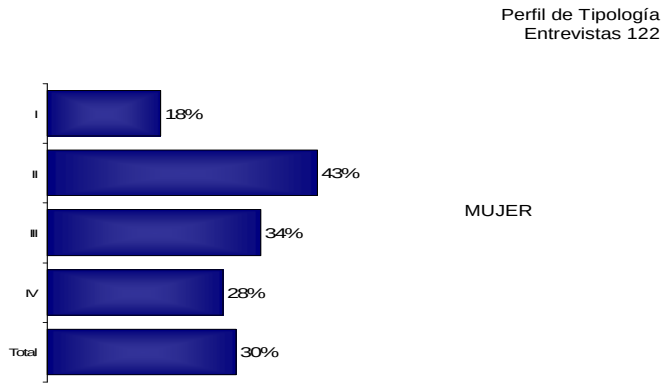


Gráfico 44

5.2.2) Número de consejeros que atendió, pertenencia a agrupación y conversación con integrantes del equipo de salud.

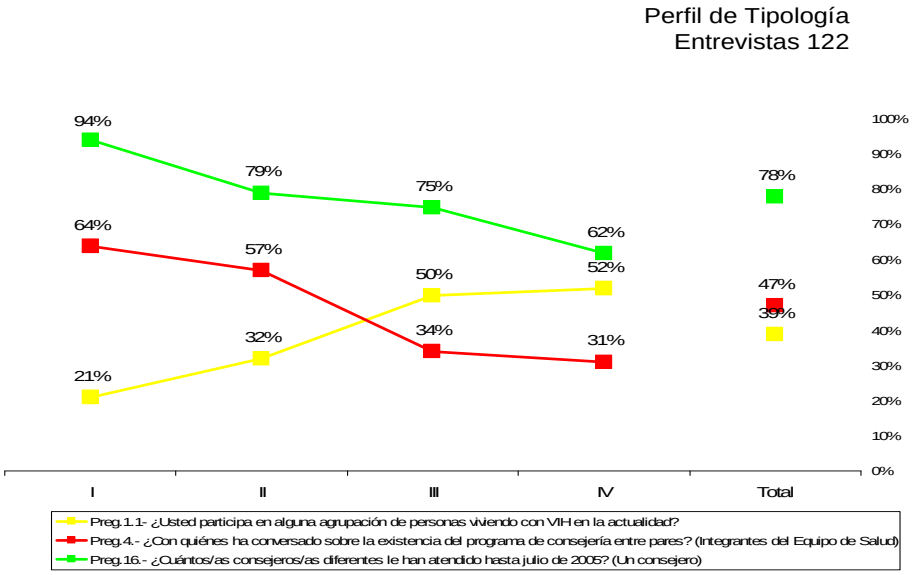


Gráfico 45

A medida que nos acercamos a los grupos más vinculares, aumenta el porcentaje de usuarios que declara participar en una agrupación de PVVIH; asimismo, crece la proporción de usuarios que declara haber sido atendido por más de un consejero. En los grupos menos vinculares se observa una mayor proporción de personas que han conversado la existencia del programa sólo con el equipo de salud. Es decir, si se compara esta respuesta con la pregunta conformadora *"¿ha conversado con personas externas al equipo?"*, se produce un flujo en ambos sentidos: en el polo no vincular están las personas que hablan sólo con el equipo de salud y en el otro polo se ubican las personas que comunican a "otras" la existencia del programa.

5.2.3) Ítems Evaluativos

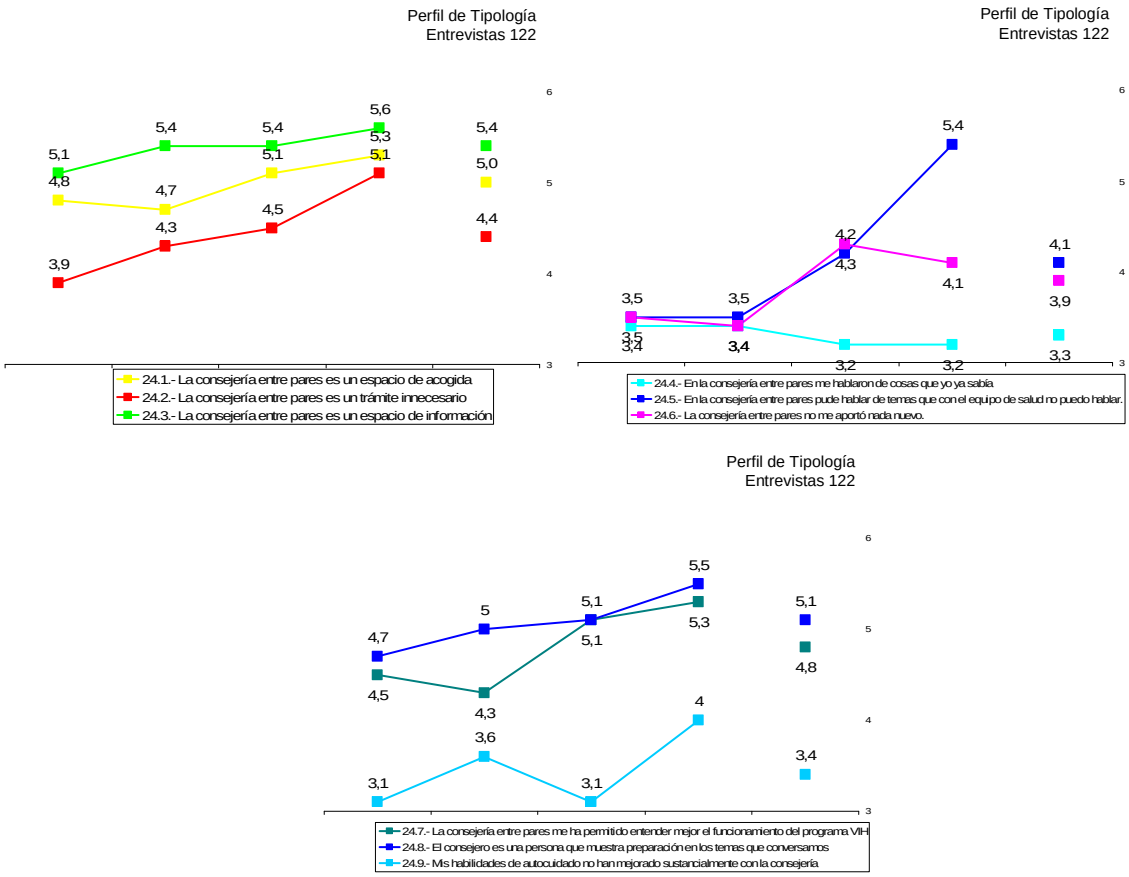


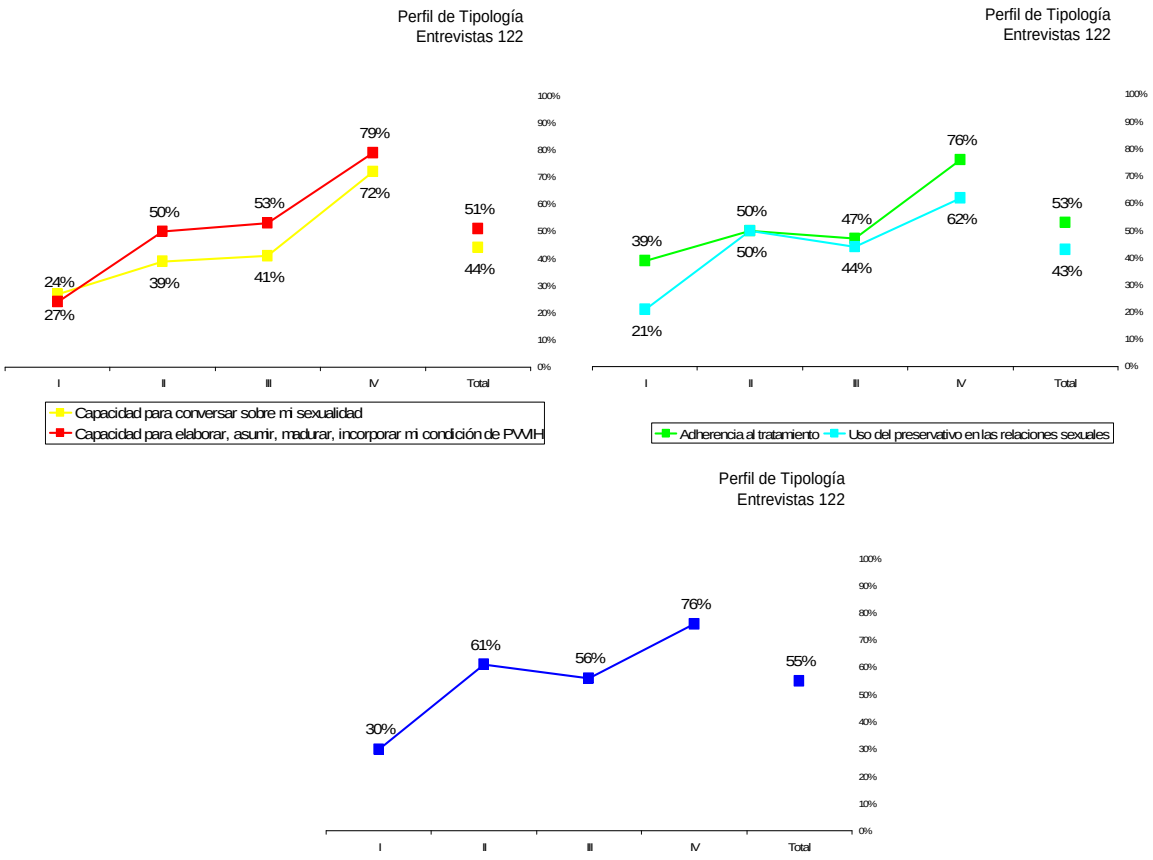
Gráfico 46

Al relacionar las afirmaciones de la pregunta 24 (escala evaluativa) con la tipología, vemos que la mayoría se asocian con los grupos y –salvo excepciones- se presentan con una pendiente positiva: a medida que nos acercamos al polo vincular, aumenta la proporción de personas que evalúan las afirmaciones más positivamente.

5.2.4) Impacto completo

Por último, al asociar la tipología con la modalidad de impacto completo, se observa que mientras los grupos no vinculares perciben impacto completo en menor grado, los grupos más vinculares muestran un nivel de impacto mayor. Este resultado se entiende por características propias de los grupos: el grupo I se caracteriza por ser exclusivamente derivado, participar de una sola sesión, hablar un total de 3 temas, no conocer el programa con anterioridad y no conversar con otras personas sobre su existencia: resulta esperable un bajo nivel de impacto percibido de una consejería que representa un hecho esporádico en una serie de otros hechos vinculados con la atención del equipo. Se trata de un/a usuario/a que tiende a ser pasivo en su participación.

Por su parte, el grupo IV se caracteriza por demandar espontáneamente o ser buscado por el/la consejero/a, participar en más de tres sesiones, hablar un total de 12 temas, conocer el programa con anterioridad y conversar con otras personas sobre su existencia. Por ende, el resultado esperado sería de alto impacto, porque el programa constituye un hecho relevante en una serie de otros hechos vinculados con el equipo: se aprecia una intencionalidad de participación del propio usuario. Podemos afirmar que la solidez del vínculo (resonancia, sinergia, densidad de lazos) aumenta la percepción de impacto.



Nivel de información sobre estrategias de autocuidado para PVVIH

Gráfico 47

6. Conclusiones del Módulo Cuantitativo

A partir de los tipos de usuario enunciados podemos afirmar lo siguiente:

1. Durante la implementación, el/la consejero/a se vio enfrentado a 3 situaciones de demanda: a) la primera, establecida por el programa, es decir, derivación desde el equipo de salud; b) la segunda, demanda espontánea del propio usuario (aunque el modelo no la incluía explícitamente, existió la posibilidad práctica de que el usuario demandase los servicios de un consejero entre pares): frente a dicha situación, la vía es no excluirla de la "realidad estadística" sino perfeccionarla y asumirla como realidad sustantiva, y darle a los/las consejero/as herramientas que permitan dirigir dicha demanda no satisfecha; c) por último, en los centros donde hubo problemas de derivación, el/la consejero/a debió crear su propia demanda.

2. En la medida que los usuarios fueron derivados, casi la totalidad de los/las consejero/as respetó el número de sesiones establecidas por el Modelo, por consiguiente, un aumento de sesiones se relaciona a contactos no formales.

3. Aunque los grupos muestran una amplia variedad de temas conversados con el/la consejero/a, puede apreciarse un menú básico en los cuatro tipos de usuario:

- Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público;
- Sexualidad - Vida Sexual;
- Apoyo emocional;

No obstante, cabe recordar que las atribuciones de beneficio en materia de incremento de las capacidades de conversar tienen menciones más bajas que otras dimensiones como el apoyo emocional o la información.

4. El tema de los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA toma relevancia a partir del usuario tipo II. En los usuarios de una sola sesión este tema no es tratado. Cabe reflexionar la menor presencia de los temas de derechos en las prestaciones de una sesión: el rol que juegan los gestores en la construcción de una conciencia de usuario con derechos resulta clave en un programa como este.

5. La evaluación de elementos concretos como el lugar o de personas como los/las consejero/as entre pares se movió entre los rangos "bueno" o "muy bueno", no discriminando según tipo de usuario: la evaluación del/la consejero/a o del lugar no dependerá de los elementos procedimentales del programa.

6. Con todo, al referir la evaluación hacia conceptos más globalizadores, donde no hay personas concretas evaluadas, los ítems evaluativos discriminan según tipo de usuario; es el caso de la escala de apreciación y los niveles de impacto. Es decir, a medida que pasamos del polo de derivación exclusiva al polo de contactos no formales, aumenta la percepción de impacto del programa; esta

relación se repite con la escala de apreciación: a medida que pasamos al polo de contactos no formales, aumenta la opinión positiva del programa. Este hecho se explica por una situación muy concreta, la posibilidad de autodemanda del usuario: si para una persona ha sido trascendente lo vivido en la consejería, tenderá a ejercer la demanda nuevamente; por el contrario, si el paso por la consejería entre pares fue asumido como un trámite innecesario, sólo se percibirá como un eslabón más del sistema.

En relación a otros ítems incluidos en el cuestionario podemos señalar lo siguiente:

7. Considerando que el Modelo establece la prestación de la consejería entre pares preferentemente a partir de la derivación desde el equipo de salud, cabe señalar la importancia de que un 30% aproximado de los usuarios llegue al programa de consejería por vías alternativas. Desde un punto de vista general, resalta la importancia de la disposición de los equipos por resolver los motivos de consulta más que restringir sus actuaciones sólo a los parámetros explícitos establecidos por el modelo. Si bien escapa a los límites de la presente evaluación, resulta importante ubicar el porcentaje de usuarios derivados al programa en el universo total de usuarios del Programa de Atención Integral: dicho ejercicio permitiría apreciar la importancia efectiva de la consejería en el marco de la batería general de prestaciones.

8. Respecto de los menús de temas conversados en torno a los 3 ejes de contenido del Programa, se aprecia que la consejería entre pares no llega a formular una agenda específica que la diferencie de la conversación del equipo de salud, constituyendo más bien un campo de complementariedad donde la consejería entre pares debe fortalecer su valor específico como prestación. Con todo, las entrevistas cualitativas realizadas permitieron determinar el campo propio del aporte de la conversación de la consejería, en términos de visión sobre los modelos de salud/enfermedad. Estas materias serán trabajadas en el capítulo específico.

9. Respecto de la valoración de los espacios físicos, si bien existe un marco general de evaluación positiva, los usuarios tienden a manifestar críticas frente a las dimensiones de “amplitud”, “comodidad” y “ventilación” del lugar donde se realiza la consejería. Cabe recordar que la inversión del programa en materia de habilitación de planta física es un ítem relativamente bajo en relación con las restantes líneas de acción del programa.

10. En materia de valoración del consejero, destacan los ítems que resaltan la dimensión de escucha o acogida de la consejería (fue respetuoso, me escuchó con atención, aclaró mis dudas), frente a las cuestiones de actuación propiamente tal (como el planteamiento de contenidos).

11. En materia de impacto global del programa de consejería entre pares, dos tercios de los usuarios reconocen la existencia de impacto en las dimensiones consultadas (capacidad para conversar sobre sexualidad; capacidad para elaborar, asumir la condición de PVVIH; adherencia al tratamiento; uso del condón; nivel de información sobre estrategias de autocuidado para PVVIH).

Una tendencia similar se aprecia en la respuesta de los usuarios a la escala evaluativa sobre el aporte de la consejería.

12. Entre las sugerencias al programa de consejería los usuarios destaca la demanda de aumento del número de sesiones así como el aumento y diversificación del equipo de consejeros entre pares. El cruce con la evaluación de las competencias releva la importancia de reforzar las dimensiones conversacionales de la práctica de la consejería.

5. CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las conclusiones, sobre la base de un modelamiento sistémico del Proyecto. Como fuera señalado en el acápite metodológico, éste enfoque incorpora la evaluación en un contexto general, ilustrando la forma en que se interrelacionan los actores del proceso para implementar la prestación de la consejería entre pares, de dónde provienen los insumos críticos y la forma efectiva en que ésta responde a sus demandas. Al calor de la presentación de los componentes, volveremos sobre las preguntas originadoras del estudio, a saber:

- *¿Cómo surge y se implementa el modelo de consejería asociativa?*
- *¿Cuáles son y cómo produce sus efectos virtuosos? ¿Cuáles son y cómo mejorar sus debilidades y oportunidades no aprovechadas?*
- *¿El modelo de consejería asociativa, contribuye a mejorar el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH?*
- *¿Cuál es el nivel de logro de objetivos en relación a lo establecido por el modelo?*
- *¿Cuál es la estrategia más pertinente para "medir" el impacto del servicio?*

5.1 Una mirada sistémica sobre el Proyecto

La modelación de sistemas del Proyecto de Consejería Asociativa permite caracterizar cuatro tipos de elementos: insumos, procesos, productos y resultados.

Los **insumos** son los recursos utilizados para llevar a cabo las actividades (proceso). En el Proyecto de Consejería Asociativa concebido como un sistema, los insumos son los profesionales y consejeros/as entre pares, administrativos, usuarios (PVVIH), equipamiento, papelería, guías de aprendizaje, instrumentos de registro. Previo a los insumos están los Servicios Auxiliares, que proveen de logística, infraestructura y capacitación.

Por su parte, los **procesos** están relacionados con las actividades de selección de consejeros, capacitación, constitución de equipos asociativos, elaboración de propuestas locales, habilitación de espacios físicos, firma de convenios para el traspaso de recursos.

Los **productos** del **P**royecto son de dos órdenes: por una parte, la instalación de un sistema integrado de atención (equipo de salud-consejeros/as entre pares) y la prestación de la consejería propiamente tal, esto es, los usuarios que reciben la consejería.

Los **resultados** son las consecuencias de los procesos; se refieren a los resultados directos generados por un proceso y a veces aluden a los efectos más indirectos sobre los usuarios mismos y los impactos más indirectos sobre el nivel comunitario o del sistema de salud. En nuestro enfoque, hemos

distinguido entre impactos o efectos de nivel inmediato, intermedio y de largo plazo.

- Los resultados o impactos de nivel inmediato se relacionan con el aumento de conocimientos (autocuidado, vías de transmisión, alimentación saludable, información sobre TARV, entre otros) y destrezas (uso correcto de condón y lubricantes, elaboración de pautas pertinentes de ingesta, hábitos higiénicos, entre otros) en los/las usuarioas/as.
- Los impactos de nivel intermedio pueden asociarse al aumento de un uso correcto y sostenido del condón, al aumento de la ingesta constante de TARV y a la adopción de un régimen de autocuidado.
- Por último, los impactos de largo plazo aluden al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios (en términos de adherencia, prevención secundaria y autocuidado) y a la disminución del impacto social y económico de la pandemia.

Es importante señalar que los proyectos producen asimismo impactos no esperados o colaterales, los que pueden tener valor positivo o negativo. Como veremos más adelante, el Proyecto de Consejería Asociativa no escapa a esta posibilidad.

Podemos resumir lo expuesto en el siguiente diagrama:

MODELO SISTÉMICO INTERVENCIÓN

CONTEXTO
(REFORMA, CAMBIOS CULTURALES, HISTORIA PREVIA, SITUACIÓN AGRUPACIONES)

SISTEMAS AUXILIARES

INSUMOS → PROCESOS → RESULTADOS

PRODUCTOS → IMPACTO 1 (Consecuencias inmediatas) | IMPACTO 2 (Consecuencias intermedias) | IMPACTO 3 (Consecuencias últimas)

- Sistema logístico-administrativo
- Sistema Capacitación
- Sistema Supervisión y Acompañamiento
- Sistema Información y comunicación

- Recursos Materiales y humanos
- Modelo
- Papelería, Material Educativo
- Instrumentos del Programa
- (Expectativas)

Instalación

- Convocatoria
- Selección
- Capacitación Conjunta
- Constitución Equipo Local Asociativo
- Proyectos
- Destinación De recursos

- Espacio técnico local
- Sistema Derivación
- Prestación
- Espacio de resonancia

IMPACTO 1 (Consecuencias inmediatas)	IMPACTO 2 (Consecuencias intermedias)	IMPACTO 3 (Consecuencias últimas)
Aumento Conocimientos y destrezas	Aumento uso correcto y sostenido condón	Mejoramiento Calidad Vida de Usuarios (adherencia, Prevención secundaria, autocuidado)
Mejoramiento de capacidades subjetivas	Aumento ingesta constante TARV	
Aumento de capacidad sinérgica del sistema	Adopción de un régimen de autocuidado	Disminución impacto social y económico de pandemia

- Actualización
- Acompañamiento psicológico
- Monitoreo y Acompañamiento

POSIBLES IMPACTOS COLATERALES NEGATIVOS

- Desperfilamiento Consejero
- Desperfilamiento Agrupación
- Invisibilización Consejería Comunitaria

A partir del modelo expuesto, podemos abordar las diferentes dimensiones o componentes del sistema.

5.1.1 Insumos

El Modelo Asociativo: una mezcla variable de experiencias previas

El Proyecto de Consejería Asociativa surge de tres afluentes:

a) El trabajo previo en materia de ayuda y prestación de consejería desarrollado por las Agrupaciones;
b) Los esfuerzos de articulación y mejoramiento de competencias promovidos por el nivel central de CONASIDA y VIVO POSITIVO;
c) Los procesos generados a partir de la implementación del programa desde el nivel central (lineamientos, capacitaciones, destinación de recursos, operacionalización de acuerdos institucionales);

El insumo central del Proyecto es el Modelo Asociativo construido conjuntamente por las entidades responsables. Éste, constituye una combinación de experiencias previas que logra reunir y/o aprovechar, como insumos útiles en el marco del Modelo, las diversas iniciativas de formación e implementación de consejería que venían realizándose desde CONASIDA y VIVO POSITIVO (a nivel central y local). El punto es que la mezcla de esas experiencias contiene distintas proporciones de cada elemento. Bajo una mirada general, puede afirmarse que el nuevo esquema de gestión gana en formalización y mejoramiento de competencias lo que pierde en enfoque comunitario y flexibilidad. De hecho, una de las tensiones principales que está a la base del proyecto asociativo se resume en la dicotomía *¿asociatividad o asimilación?*. En el primer caso, referimos el efecto virtuoso esperado por el proyecto; en el segundo, aludimos a un efecto colateral negativo (la consejería entre pares pierde especificidad y termina fagocitada por el sector salud).

Al mismo tiempo, la historia del Modelo está cargada de *expectativas*: de los integrantes de agrupaciones que se capacitaron como consejeros y venían realizando una labor en los centros de salud a la espera de su instalación definitiva y de comenzar a recibir un aporte económico comprometido desde los promotores del Modelo. Expectativas en los equipos de salud y en las agrupaciones (positivas y desfavorables), en los responsables político-técnicos, que vinculan y exigen al Proyecto desde su propia agenda institucional. El Proyecto se alimenta y construye expectativas que actúan sobre la realidad.

La superposición Proyecto-Modelo

A nivel de objetivos generales, existe una relación de medio-fin entre el Modelo Asociativo y el Proyecto de Consejería Asociativa. Si el primero se plantea “fortalecer el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Personas que Viven con VIH de las Agrupaciones de PVVIH, para el apoyo al Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria a las PVVIH”, el segundo apunta a un nivel de impacto más

amplio consistente en “fortalecer la calidad de vida de las Personas Viviendo con VIH a través de un trabajo conjunto entre los Equipos de Atención Integral y las Personas Viviendo con VIH (PVVIH) capacitadas en autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH integrantes de Agrupaciones de PVVIH de la Red de VIVO POSITIVO “.

A partir de los antecedentes disponibles podemos afirmar que los objetivos específicos del Proyecto no tienen una redacción explícita y tienden a identificarse con los propios del Modelo, que apuntan a 5 dimensiones:

- Fomentar el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH.
- Mejorar los niveles de adherencia a tratamientos antiretrovirales.
- Facilitar la prevención secundaria del VIH y las ETS.
- Ampliar la cobertura de atención en consejería a las personas viviendo con VIH en los Centros de Atención Integral del Sistema Público de Salud.
- Fortalecer los aspectos técnicos de la consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas Viviendo con VIH.

Los objetivos del Modelo son aspectos o dimensiones del propósito general, esto es, aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, operacionalizado del siguiente modo:

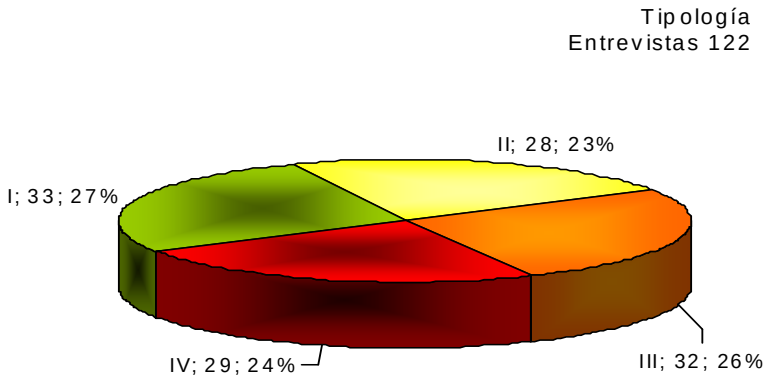
- Acceso a una red de servicios óptima en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y pertinencia;
- Elevar la sobrevida de los usuarios por medio del mejoramiento de la adherencia a los TARV y otras estrategias de autocuidado;

A la base de la superposición *Modelo/Proyecto*, se encuentra una segunda articulación pendiente: la de *sistema y componente*. Si bien el Modelo da un gran salto al entender a la consejería entre pares como un componente integrado en el sistema mayor de atención a PVVIH –junto a la consejería de los profesionales y demás prestaciones del sistema de salud-, ésta no alcanza un estatus efectivo en tanto modalidad de atención comprometida en la gestión: de hecho, sus estadísticas no llegan a formar parte del consolidado del sistema de salud y sólo operan como respaldos de la existencia del programa local y del aporte económico al consejero entre pares. Lo mismo ocurre con sus flujos presupuestarios, que operan con independencia administrativa. Mientras dicha cuestión permanezca, el programa tendrá una existencia *fantasmática* respecto de los parámetros del sistema; su resolución significará un paso adelante en la consolidación del Modelo Asociativo. Volveremos sobre este punto a propósito de los productos del proyecto (en particular, el tema de la instalación de la plataforma asociativa a nivel local).

Población objetivo

El Modelo de Consejería Asociativa está focalizado en los adultos PVVIH que se atienden en los Centros de Atención Integral del sistema público de salud. Al respecto, cabe señalar que los resultados de la encuesta refrendan esta focalización: la mayoría de los usuarios son varones, cuyo promedio de edad está en los 41 años. Llama la atención que mientras las mujeres usuarias presentan mayores niveles de analfabetismo y educación básica, los varones presentan mayor presencia en la categoría de educación técnica y superior. Esta realidad es congruente con la mayor pauperización de las mujeres PVVIH.

Los resultados de la encuesta muestran un rasgo significativo: contra la opinión de algunos gestores, para los cuales la acción del Proyecto estaría focalizada en cierto tipo de usuarios más cercanos a las agrupaciones –bajo una suerte de 'encapsulamiento'-, los usuarios tipo IV de la tipología cuantitativa de usuarios (aquellos que tienen un vínculo más cercano con el consejero y la consejería) representan un 25% de una distribución donde, en los hechos, predominan los usuarios tipo I, esto es, aquellos que tienden a desarrollar un vínculo más débil con el programa.



En la misma dirección, frente a los que sugieren que el programa estaría focalizado en varones gay, es importante destacar que la presencia de varones y mujeres encontrada en la muestra (70% y 30%, respectivamente), es menos marcada que la existente en las cifras de notificación de nivel nacional (89% y 11%). En términos de población objetivo y considerando las limitaciones de la muestra, el programa tiende a ser más universal que focalizado.

Instrumentos de la operatoria del programa

Existe un conjunto de instrumentos de difusión, registro y manejo de información en las distintas etapas del flujograma del sistema de consejería. Su revisión arroja los siguientes comentarios:

INSTRUMENTO	***CARACTERÍSTICAS***	***COMENTARIOS***
Hoja de Derivación a Consejería entre Pares a PVVIH	Operativiza el puente de trabajo asociativo entre Equipo de salud y consejeros entre pares, al instalar la circularidad de la derivación (retroalimentación).	Se sugiere su inclusión en las estadísticas oficiales del sistema de salud.
Ficha de Atención del Servicio de Consejería entre pares a PVVIH	La ficha de atención registra antecedentes del usuario y permite apreciar el circuito o flujo del sistema de atención. Sistematiza: fuentes de derivación; el requerimiento de las 21 líneas de acción del programa; características de las sesiones; potenciales derivaciones.	Se sugiere incluir otras alternativas de contacto entre usuario y consejero: demanda espontánea y contacto a través del consejero; se sugiere seleccionar variables básicas que permitan instalar un sistema de seguimiento de las transformaciones de los usuarios
Planilla de Registro de consejerías realizadas	Permite identificar, por centro de salud y periodo concreto (mensual), los antecedentes sobre las prestaciones de consejería realizadas (fecha, código consultante, edad, sexo, hora inicio y término, nombre consejero). El registro es validado por ambos socios del programa.	Posibilidad de incluir un registro de los temas emergentes derivados de las sesiones, factibles de ser tomados en capacitaciones.
Planilla de registro de Turnos de consejería entre pares	Id. Ant. respecto del cumplimiento de turnos del consejero.	Posibilidad de incluir la mención de otras funciones de apoyo para visibilizar al conjunto del aporte del consejero al sistema de atención
Bitácora de Trabajo Pauta de registro de reuniones de coordinación	Identifica actividades, participantes, tiempo de duración y fecha de actividades realizadas por el equipo asociativo. Permite identificar temáticas de interés y acuerdos tomados por integrantes del equipo asociativo.	Orientar a la generación y sistematización de aprendizajes factibles de ser compartido con otros equipos vía on line y/o presencial. Este instrumento debiera alimentar la agenda de monitoreo y acompañamiento desde el nivel nacional. Si bien la versión actual del instrumento enfatiza la dimensión procedimental del trabajo, éste puede derivar en un instrumento de registro de aprendizajes derivados del análisis de la práctica (por ejemplo, sobre la base de una metodología de análisis de caso
Consulta anónima y confidencial a usuario sobre consejería entre pares recibida	En sus versiones sucesivas, el instrumento simplifica su mecanismo de respuesta al reducir la adjetivación y subsumir categorías de evaluación; al mismo tiempo, acota la temporalidad al momento de la consulta evaluada ('hoy').	El instrumento puede ser mejorado en su capacidad de discriminación (introduciendo gradación en las categorías de respuesta); asimismo, se recomienda incluir ciertos datos del entrevistado (nº sesiones, edad, sexo) a efectos de un sistema de seguimiento y análisis de información. En las preguntas, poner el acento en 'la consejería' más que en 'el consejero'

Instructivo para Registro y manejo de información generada del Servicio de Consejería Asociativa a PVVIH	Identifica los instrumentos y sus procedimientos de llenado y manejo: ficha de consejería, pauta de evaluación, planilla de registro, pauta de registro.-	Orientar a registro de aprendizajes;
Instructivo para manejo de Instrumentos de Registro	Presenta cambios introducidos en instrumentos de registro y manejo de información de usuarios y prestaciones del programa (ficha atención, consulta sobre atención recibida, hoja de derivación, planilla de registro de turnos).	
Instructivo para utilización de dildos, condones y lubricantes en consejería para el autocuidado, adherencia y prevención secundaria a PVVIH	Establece especificaciones técnicas para el trabajo educativo con dildos, condones y lubricantes	Poner acento en herramientas para abrir conversaciones pertinentes y de calidad sobre sexualidad y prevención secundaria;
Díptico de presentación del Programa de Consejería entre pares a PVVIH	Especifica características del servicio (definición de la prestación, líneas de acción, coordenadas, modalidades de acceso y punto de referencia).	Incluir en la información sobre sistema de atención el soporte comunitario de la agrupación;
Ficha de postulación para consejería	Instrumento que registra antecedentes educacionales, laborales, experiencia en VIH/SIDA, motivación personal y disponibilidad de horario para realizar consejería	

5.1.2 Procesos auxiliares

Con mayor o menor perfilamiento, el Modelo tiene 4 sistemas auxiliares, a saber:

a) Sistema logístico administrativo;
b) Sistema de capacitación;
c) Sistema de supervisión y acompañamiento;
d) Sistema de información y comunicación;

A continuación, se entregan comentarios para estos ámbitos.

Operatoria financiera y administrativa

- En términos generales, la información disponible en materia de ejecución presupuestaria indica que los recursos fueron utilizados en los ítems característicos de la operación de un proyecto de esta naturaleza: recursos humanos para la gestión, traslado de equipos profesionales y consejeros (tareas de capacitación, acompañamiento y monitoreo); arriendo de infraestructura para capacitación (locales, alojamiento); adquisición de insumos y equipamiento (condones, mobiliario); impresión de material educativo. Desde esta perspectiva, la revisión realizada permite afirmar que los recursos asignados a la ejecución del programa de consejería durante su primera fase tuvieron una incidencia en la sostenibilidad de la iniciativa.

- La estructura del flujo de ejecución presupuestaria del Proyecto de la primera fase está asociada a los compromisos suscritos con el Fondo Global. Por lo mismo el ritmo del gasto se acelera conforme el proyecto logra construir los consensos políticos y técnicos que permititrían su implementación, sobre todo a partir del año 2; es posible esperar que la tendencia incremental del gasto se atenúe a partir de la Segunda Fase, en la medida que el proyecto logre definir con claridad su estructura de componentes. De modo principal, la implementación del proyecto marca el paso desde un modelo centrado en la ausencia de enfermedad a uno centrado en el bienestar de las PVVIH.

- La formación de un/una consejero y la puesta en operatoria del Proyecto de consejería Asociativa requieren inversiones importantes en recursos humanos (gestión, capacitación, acompañamiento, material educativo, fungibles). Desde este punto de vista, en la medida que el proyecto se funda en relaciones de voluntariedad, la permanencia y renovación de sus recursos capacitados representa un asunto fundamental a resolver en la estrategia de gestión del Proyecto. Por la naturaleza especializada de su labor, el retiro de un/a consejero/a implica un alto costo que el sistema debe tratar de evitar, por la pérdida de memoria, saber y pertinencia que ello implica.

- Por otra parte, en un proyecto donde lo principal es la operación de las personas, los ritmos de los procesos administrativos están lejos de constituir una variable

menor. Por el contrario, la lentitud de los procesos tiende a ser interpretada como un indicador del compromiso de los gestores responsables de las iniciativas e incide en la calidad de las alianzas entre el nivel central y local. Asimismo, la percepción de tardanza en los tiempos de ejecución de recursos que son limitados –factor crítico en el caso del sector salud- instala una sensación de levedad del proyecto en los actores, al punto de desestimar el envío de propuestas en las nuevas convocatorias.

- El punto crítico de la ejecución de los recursos del programa está en el pago del aporte al consejero. En la medida que la autorización del pago depende de ciertos pasos administrativos a cumplir por parte de la agrupación, en los casos estudiados donde existieron problemas entre consejero y agrupación, los primeros manifestaron haber sufrido retrasos no casuales en la realización de las gestiones para el pago. Puede apreciarse que el manejo presupuestario es un punto donde la situación del consejero está fragilizada: su calidad de representante de la agrupación genera una dependencia administrativa –en contraste con la débil articulación técnica- que le perjudica en caso de conflicto. Los canales administrativos suelen ser activados cuando hay cuestiones no resueltas en lo político-técnico.

- Con todo, es preciso señalar en favor del modelo de gestión de recursos del proyecto que si bien puede tornar más engorroso el manejo presupuestario y retardar la gestión, instala un principio que el Proyecto debiera mantener: los actores locales son los que destinan y gastan sus recursos; asimismo, el proceso general resulta más ordenado y la existencia de un convenio asegura que los recursos deben ser ejecutados en las actividades del proyecto, al símil de un compromiso de gestión.

- Lo que debe ser resuelto es el estatuto político que adquieren los procedimientos en un proyecto cuya raíz es la gestión participativa: su aseguramiento en tiempo es condición de posibilidad para el entramado de gestión general y tiene directa relación con el principal motor del sistema: la confianza de compartir una misión entre diversos actores. Una alternativa es separar la dimensión política de la propiamente administrativa, esto es, que firmen sólo los que financian y ejecutan. Al mismo tiempo, los nudos de la gestión financiera deben ser mirados desde los desafíos más generales del programa, en particular su descentralización. Existen capacidades a nivel regional que respaldan la posibilidad de trasladar la gestión de recursos que, bajo un modelo centralizado como el actual, mantiene pendiente el cierre administrativo de algunos proyectos de la fase I.

Nuevas modalidades de capacitación: aprender de la práctica

- En términos generales, no obstante los actores valoran las capacitaciones recibidas, manifiestan la necesidad de impulsar mecanismos de intercambio de experiencias entre los equipos y separar las instancias de capacitación de las actividades de monitoreo propiamente tal.

- De fondo, el proyecto enfrenta el desafío de construir un sistema de formación y capacitación permanente, centrado en la reflexión sobre la práctica y en la promoción de comunidades de actores. Un sistema de esta naturaleza potenciaría los elementos de trabajo asociativo que ya están presentes en la gestión de los equipos locales –sobre todo en el nivel nacional- y permitiría dar un nuevo impulso y utilidad a los instrumentos de seguimiento del proyecto. La capacidad de poner en interrogación la práctica debiera ser una competencia fundamental a desarrollar en esta nueva etapa de la consejería, para lo cual se requiere un amplio proceso de habilitación local sobre la base de una decidida política de descentralización del Proyecto. El rol que pueden jugar los niveles intermedios es determinante.

- Cabe señalar que la gestión centrada en el aprendizaje requiere una política de estímulo al uso de TICs. En la actualidad, el proyecto basa una parte importante de sus actividades en la condición presencial de sus actores. Por la envergadura logística que ello implica, es necesario introducir el uso de tecnologías que permiten dar otra dimensión a iniciativas como el monitoreo y el acompañamiento (las TICs permiten producir co-presencia de actores sin el arduo esfuerzo de organización de un taller nacional).

Hacia procedimientos de monitoreo y acompañamiento pertinentes

- Una de las demandas importantes a la implementación del Proyecto tiene que ver con una reorientación de sus procesos de monitoreo y supervisión (en términos de frecuencia y agenda), hacia modalidades propias del acompañamiento técnico, en la perspectiva de reforzar el apoyo institucional y apoyar in situ al mejoramiento de las habilidades técnicas de la consejería y a los diseños de gestión local. Luego, se trata de un requerimiento de orden político y técnico.

Un 'sello' de la nueva etapa: vocear el proyecto

- A la luz de los resultados de la encuesta y de la información disponible de sistematización de procesos del programa, no se registra una incidencia relevante de los materiales de difusión producidos al finalizar la Primera Fase[134]. De hecho, sólo un 28% de los usuarios encuestados manifestaron conocer el programa con anterioridad a la derivación. El rol que pueden jugar las redes resulta clave: un 92% de los usuarios conversa con otros agentes sobre la existencia del programa. La mejor difusión del programa es un usuario satisfecho, una organización de PVVIH y un equipo de salud comprometidos con el éxito de la intervención.

- Las instituciones gestoras del modelo asociativo coinciden en su potencial como referente de política pública a implementar en un amplio espectro de otras situaciones de salud. Esto, asociado al proceso histórico de significación o re

134 Como se aprecia en el capítulo de análisis económico, los materiales de difusión fueron despachados al cierre de la fase I, por lo que puede esperarse su impacto programático para la fase siguiente del Proyecto.

significación del VIH como "enfermedad crónica", que hace emerger con fuerza las dimensiones psicosociales asociadas a los estados de salud y bienestar. Desde este reconocimiento, se plantea fortalecer la gestión y visibilización del proyecto en el sentido de darle mayor difusión nacional y latinoamericana. En última instancia, el Proyecto aparece para ambas instituciones como desafiante pero innovador en lo que se refiere a su gestión e implementación nacional y local.

5.1.3 Procesos

Los procesos son las actividades y las tareas que convierten a los insumos en productos y servicios. Como veremos, el eje principal de los procesos del proyecto estuvo relacionado con la instalación del equipo asociativo (de hecho, todos los pasos de esta etapa tienen como destino la constitución del equipo local). Con ello, volvemos a una de las preguntas del estudio ***¿Cómo surge y se implementa el modelo de consejería asociativa?***

El Proyecto Asociativo como cosecha compartida

- Como fuera señalado a propósito de los insumos, el Programa de Consejería Asociativa surge de la confluencia de 3 factores: el trabajo previo en materia de ayuda y prestación de consejería desarrollado por las Agrupaciones; los esfuerzos centrales de VIVO POSITIVO, CONASIDA y los procesos generados a partir de la implementación del programa desde el nivel central (lineamientos, capacitaciones, destinación de recursos, operacionalización de acuerdos institucionales). El proyecto cosecha los esfuerzos de los tres niveles.

- Puede afirmarse que la posibilidad de instalación del programa en las regiones consideradas se relaciona con una combinatoria de factores regionales y nacionales: de un lado, la historia de relacionamiento de los actores locales y su capacidad de construir acuerdos; de otro, con la cultura institucional de anuencia frente a las directrices técnico-políticas emanadas del Ministerio (en el peor de los casos) y con la voluntad de emprender un genuino mejoramiento de la calidad y pertinencia de la atención a los usuarios (versión positiva).

- La historia de desenvolvimiento del programa corre paralela a la propia historia de la organización de PVVIH (lo cual imprime una complejidad adicional al desenvolvimiento del programa asociativo):

a. En los inicios, a principios de los noventa, las agrupaciones nacen como espacios de ayuda mutua y acompañamiento en materias sociales, de duelo, desarrollo personal, entre otros;
b. Con el tiempo, su propio trabajo las lleva a confrontar el esquema con que el Estado chileno respondía a la demanda por cobertura de tratamientos y su imagen institucional gira hacia la cuestión de los derechos ciudadanos y la denuncia;

c. Con la instauración de las condiciones que aseguran cobertura universal de TARV y por el impacto biomédico y cultural generado por el advenimiento de la terapia antirretroviral (que transforma al VIH/SIDA en una enfermedad crónica), las organizaciones parecieran abrir discusiones en torno a la mantención de su rol actual pero en complementariedad con un regreso a la promoción de los espacios de ayuda mutua y acompañamiento propios de la actual fase de enfrentamiento de la epidemia. Esta transformación abre nuevas perspectivas y desafíos.

Procedimientos de selección de consejeros y cuestiones de enfoque

- La modalidad asumida para la selección de los representantes de agrupaciones que serían capacitados como consejeros entre pares generó malestar en algunos equipos de salud, por considerar que a la hora de seleccionar a las personas debería haber pesado la historia previa de relación con los equipos en el ámbito local, la cual muchas veces implicaba mutuas exigencias y conflictos. Para ciertos actores de salud, esta medida significó la imposición de una cohabitación con el representante de una organización con la que no existían relaciones consolidadas de confianza, a la que se recelaba por su rol de fiscalización y denuncia ciudadana. Un estilo de trabajo en co-gestión requiere de actores que han aprendido a llevar relaciones de complicidad y conflicto y este recurso, que existía en el nivel central y en algunas realidades locales, no era un capital generalizado del Proyecto: a nivel de algunas regiones, persistió una relación de desconfianza entre agrupación y equipo de salud.

- En los casos donde no se produce la asociatividad de entrada o no existía cultura asociativa como respaldo al programa, no se observa una práctica constante de difusión y promoción de la prestación de consejería, lo que se expresa en una débil operación del motor estratégico del programa, la derivación. En este escenario, el consejero debe construir redes y alianzas con actores secundarios para garantizar el funcionamiento de la prestación, situación que recibe el nombre de “derivación espontánea”, que más bien refiere a la autogestión de atenciones por parte del consejero.

- Como indican los resultados de la encuesta a usuarios, durante la fase de implementación el consejero se vio enfrentado a 3 situaciones de demanda: a) la primera, establecida por el programa, es decir, derivación desde el equipo de salud; b) la segunda, demanda espontánea del propio usuario (aunque el modelo no la incluía existió la posibilidad práctica de que el usuario demandase los servicios de un consejero entre pares): frente a dicha situación, la vía es no excluirla de la “realidad estadística” sino perfeccionarla y asumirla como realidad sustantiva, y darle a los consejeros herramientas que permitan dirigir dicha demanda no satisfecha; c) por último, en los centros donde hubo problemas de derivación, el consejero debió crear su propia demanda. En la medida que los usuarios fueron derivados, casi la totalidad de los consejeros respetó el número de sesiones

establecidas por el Modelo, por consiguiente, un aumento de sesiones se relaciona a contactos no formales.

- No obstante, el Proyecto impulsa procesos sinérgicos de articulación y complementariedad de los equipos asociativos, que llevan a valorar y hacer visible el aporte que ha significado la incorporación de la consejería entre pares como estrategia que apoya la labor que hasta ese momento realizaban los equipos de salud. La práctica del proyecto permitió revertir la desconfianza inicial desde salud respecto de la incorporación de "usuarios que atienden usuarios" a la red de atención del centro hospitalario. El resultado de estos procesos es que no obstante las dificultades señaladas, más de dos tercios de usuarios entrevistados percibieron un nivel complementariedad “medio” y “alto” entre el equipo de salud y los consejeros entre pares.

- En este plano, se recomienda una revisión del proceso, criterios y procedimientos de selección y formación de consejeros entre pares. En función de mantener y mejorar los criterios de calidad e idoneidad, se hace necesario analizar revisar las modalidades y contenidos de los procesos de formación de competencias y habilidades personales para la consejería, desde una mirada con acento en la calidad de los procesos de consejería y los procesos personales que se quiere impulsar en los usuarios. Para esta reflexión, algunos gestores destacan como uno de los elementos fundamentales a tomar en cuenta la cuestión de la adherencia y toda su puesta en escena de lo subjetivo implícito en los procesos de enfermedad y cuidado; otros, enfatizan las cuestiones vinculadas al ejercicio de procesos de autonomía y conciencia de derechos ciudadanos. Sobre el punto, no se ha construido una perspectiva compartida a nivel de Proyecto.

5.1.4 Productos

Los productos son los servicios directos y tangibles que produce el proceso. En el caso del proyecto son de dos órdenes: por una parte, la instalación de un sistema integrado de atención (equipo de salud-consejeros entre pares) y la prestación de la consejería propiamente tal.

5.1.4.1 La instalación de un sistema asociativo

La importancia de construir una agenda común y un marco flexible de acción

- La implementación del Proyecto de Consejería Asociativa ha sido posible sobre la base de dos capitales construidos por las entidades responsables: *diseño estratégico común y confianza*. La experiencia previa de trabajo coordinado de CONASIDA y VIVO POSITIVO constituye un insumo fundamental para la implementación del actual modelo. En este punto, resalta la importancia de trabajar sobre un acuerdo operativo general lo suficientemente flexible y sinérgico para que los esfuerzos autónomos de ambas entidades pudiesen converger en un diseño más

general que daría origen al proyecto asociativo. La capacidad de compartir una agenda y una meta estratégica común –cuyo norte era avanzar sobre los ejes de participación en salud, calidad de vida y soporte psicosocial para la adherencia- permite generar el efecto propio de la sinergia, que potencia con resultados positivos adicionales los esfuerzos coordinados de ambas instituciones. *Bajo condiciones de sinergia, 2+2=5.*

- Otro punto central subraya el rol de las personas. Efectivamente, la voluntad y compromiso de las personas resulta decisivo al momento de emprender innovaciones como las del Proyecto, que exigen el concurso de diversos actores (sector público, sociedad civil) y niveles (nacional, regional, local) y, especialmente, tratan de incidir sobre el núcleo de la práctica de agentes como los de salud, que participan de una cultura institucional cuya tradición se funda sobre una estricta separación entre prestadores y usuarios. VIVO POSITIVO no escapa a esta tarea, por cuanto debe promover entre sus bases locales el cambio de una cultura confrontacional que se funda en la época previa a la cobertura universal de TARV.

- Estos procesos fundan un espacio de intersección entre las 2 instituciones: los equipos asociativos locales y de nivel nacional. Como se aprecia en los estudios de caso, en la medida que responden a una realidad nueva los actores de los equipos asociativos muchas veces deben mediar y/o sufrir al interior de sus instituciones de pertenencia las divergencias entre ambas entidades responsables. El Modelo de gestión del Proyecto debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a este escenario propio de la cogestión, que implica la emergencia de nuevo espacios de ejercicio de poder y construcción de procedimientos político-técnicos. Esto es importante en la medida que siempre estará el peligro de que las voluntades políticas de las entidades responsables puedan terminar 'asfixiando' el campo de acción asociativa abierto por el proyecto.

Espacios de participación del Proyecto

- Ligado a lo anterior, resalta un aspecto sugerido por los actores: a pesar que el proyecto construye sus bases a partir de un esfuerzo participativo –tanto en la sociedad civil como de los equipos de salud con trabajo asociativo-, esta dinámica no tendrá continuidad en etapas posteriores del Proyecto, y tenderá a ser reemplazada por el protagonismo del equipo nacional. La participación de los actores –como promesa del Modelo- fue un tema recurrente en las entrevistas a los programas locales. Los actores que ocupan posiciones en el nivel local –especialmente los pertenecientes a la estructura de VIVO POSITIVO- demandan mayor participación en las decisiones que inciden directamente en su actuación.

Ganancias estratégicas del trabajo asociativo

- Sinergia significa que ambos socios de la implementación ganan de un modo nuevo. En el caso de VIVO POSITIVO, genera un nicho que le permite avanzar en una de sus banderas estratégicas: la participación en la resolución de los problemas de

salud; de hecho, la incorporación de PVVIH capacitadas como consejeros entre pares en el espacio institucional de salud, procurando un trabajo conjunto, es vista como un logro de la misión política de Vivo Positivo frente a los derechos ciudadanos de las PVVIH: su voz es validada como experiencia que complementa la mirada biomédica frente al VIH/SIDA. Por su parte, CONASIDA consolida una imagen de avanzada en relación a los temas de participación impulsados por la Reforma de la Salud. El proyecto de Consejería –junto a otras iniciativas del Componente de Atención Integral- le permite mantener una interlocución constante con los centros hospitalarios y aspirar a lograr una incidencia mayor en la práctica misma de los equipos de la salud (que pertenecen al segundo eje de la autoridad sanitaria), arriesgando con la decisión de implementar un modelo innovador respecto de la práctica de la mayoría de los equipos de atención integral. Es un paso adelante en la implementación del *espíritu* del Modelo de Atención Integral que, sin embargo, no incluye a la consejería como un lineamiento explícito.

- Por último, es conveniente que el proyecto desarrolle una mayor atención a la construcción de cultura institucional en torno al trabajo asociativo: la presentación de los programas locales no debiera ser un mero acto administrativo sino una oportunidad para volver sobre las promesas originadoras del Proyecto y sus desafíos emergentes; se trata de crear rituales que incorporen mística al trabajo del proyecto. Un antecedente del énfasis que comentamos está dado por los talleres nacionales con los que se inicia el proceso de campaña nacional de comunicación social: en ellos, se incorporan espacios de intercambio de experiencias y aprendizajes, planeamiento colectivo, afirmación de compromisos, reconocimiento institucional, camaradería (y una agenda paralela de monitoreo y afianzamiento institucional), entre otros.

Un obstáculo a la realización del Modelo: el escaso perfil de la OSC de PVVIH

- En la medida que la operación el Programa de Consejería Asociativa instala una cultura de relación que nuclea al equipo de salud y al consejero entre pares, tiende a desplazar a la agrupación y sus dirigentes, terminando por generar un divorcio de las partes que el Modelo Asociativo debía unir. Un efecto negativo de este proceso es la construcción desde ciertos equipos de salud de una imagen del consejero como “buen alumno”, frente a la realidad ‘díscola’ de la agrupación.

- A la base de esta debilidad puede señalarse que la formulación del Modelo establece dos conceptos: de una parte, la noción de trabajo asociativo, que implica la alianza entre Estado y Sociedad civil y tiene a las agrupaciones como protagonistas; por otra parte, la noción de consejería asociativa, que tiene a los equipos de salud y a los consejeros entre pares seleccionados entre los nombres sugeridos por las agrupaciones de PVVIH. Será esta segunda dimensión la que predomine como sinónimo de asociatividad; en términos de la prestación de la consejería, se privilegiará aquella que se realiza en el centro de salud, en desmedro de la práctica original de ayuda en el seno de la organización comunitaria. En la actualidad, el Modelo no considera el rol de ayuda mutua de la organización entre

los recursos del sistema de atención y mantiene para las agrupaciones locales un rol de apoyo y seguimiento de la consejería intrahospitalaria.

- De otra parte, la descripción de funciones del Modelo para las agrupaciones establece un rol en torno a las tareas de “respaldo y acompañamiento del consejero”, “respaldo, difusión y gestión administrativa del Programa”. En la medida que el consejero pasó a ocupar un rol central como interlocutor con el equipo de salud a propósito del programa (todo el instrumental debe ser llenado por el personal de salud y el consejero y la agrupación sólo cumple labores de refrendamiento de datos), la agrupación tendió a quedarse en tareas de corte administrativo y cierta participación en la difusión del programa. De conjunto, estos rasgos de la implementación del Modelo tienden a disminuir el rol técnico y político que podría jugar la organización comunitaria de PVVIH.

- El cabo de la primera fase, se ha demostrado la viabilidad e impacto de una práctica como la consejería asociativa entendida en los términos establecidos por el Modelo, esto es, como la relación entre un usuario y un/a consejero/a al interior del recinto hospitalario. Esta opción es comprensible sobre la base de las condicionantes que existían para la instalación del Modelo a nivel local, que privilegiaban construir confianza entre los integrantes del equipo asociativo, definir y lograr la implementación de un flujograma de atención, así como operar estrategias que estuvieran al alcance del consejero en términos de exigencia de habilidades y del equipo nacional en términos de monitoreo, capacitación y seguimiento.

- De cara a la segunda fase, una revisión del Modelo podría recuperar las oportunidades no aprovechadas de un enfoque comunitario en materia de atención: el rol de las redes sociales, la incorporación de actores como la pareja y/o la familia, la implementación de grupos de ayuda mutua dentro del hospital y también en la organización comunitaria, todos factores que si bien continúan operando en paralelo a la consejería intrahospitalaria, la operación del Modelo tiende a invisibilizar. De este modo, la definición del Modelo profundizaría su carácter asociativo, en la medida que el componente comunitario ha sido desarrollado preferentemente por VIVO POSITIVO, constituyendo parte de su definición como organización.

Los caminos de la validación de la consejería entre pares

- Durante la fase de implementación en el ámbito local, se enuncian una serie de dimensiones o nudos que serán determinantes para el sentido y operación de la iniciativa desde la Fase 1 hasta la actualidad. En particular, nos referimos a la resistencia desde ciertos actores del sector salud ante el hecho de incorporar a quien es considerado "usuario" como un integrante de la red de atención, justificada desde la incertidumbre que introduciría la intervención del consejero entre pares en el tratamiento del usuario (relación asumida como privativa por la cultura institucional de los profesionales de salud). Como un ruido en la cadena de información medico-paciente, el consejero entre pares aparece ante los ojos de estos profesionales como un factor potencial de distorsión de la información

biomédica. La difusión de experiencias exitosas de trabajo a partir del testimonio de los propios integrantes de equipos de salud involucrados es un factor que neutralizaría este resquemor.

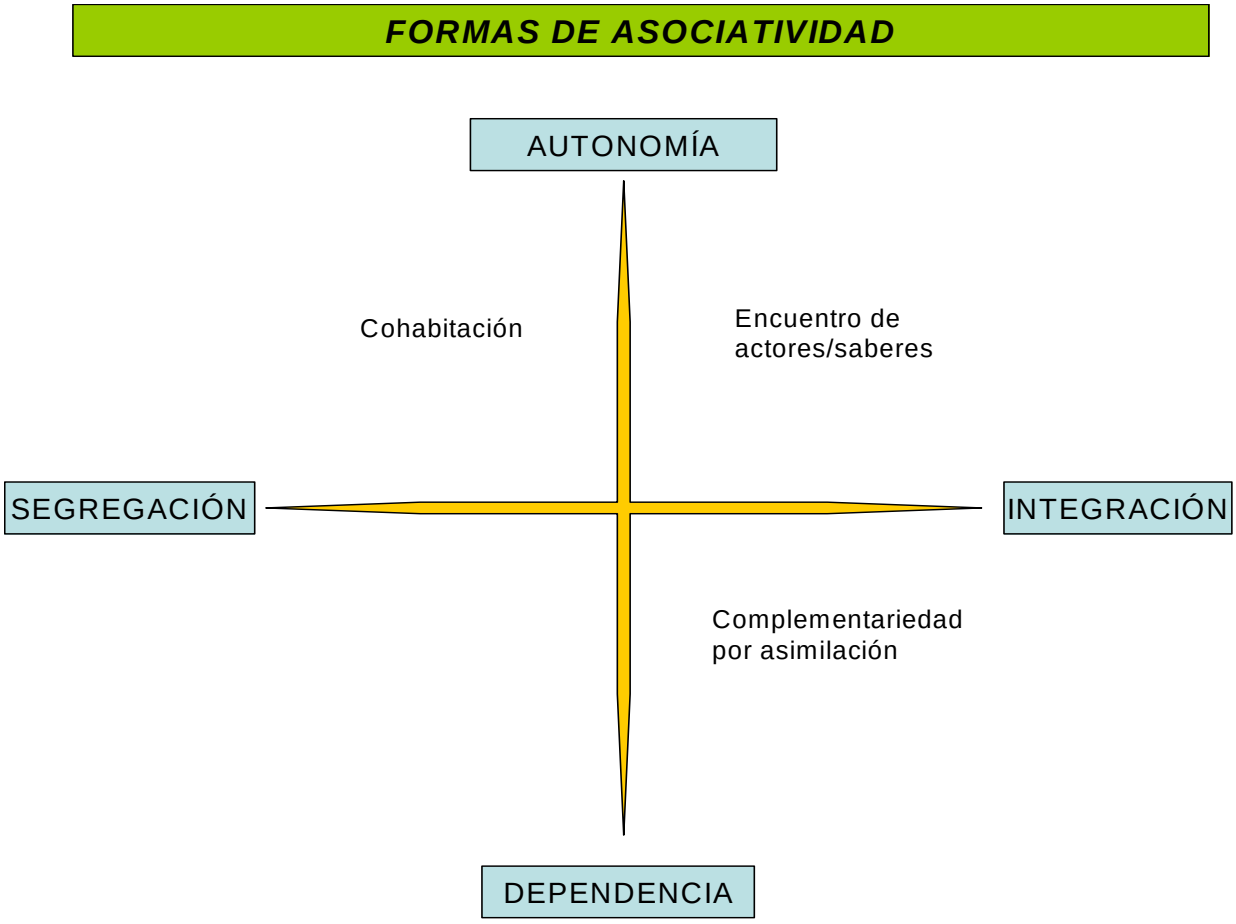
- Desde el punto de vista de la asociatividad, los testimonios recogidos permiten sugerir que existen 2 ejes determinantes para pensar las relaciones de asociatividad: a) uno que va del polo "Integración" al polo "segregación" y marca la intensidad del trabajo asociativo; b) otro que va desde el polo "autonomía" al polo "dependencia", que refiere el grado en que la práctica asociativa implica una relación paritaria de actores. Tomando como base ambos ejes, podemos distinguir 3 modelos para organizar el vínculo entre los equipos de salud y el consejero entre pares:

  a) En primer lugar, tenemos una modalidad que denominamos "*cohabitación*", donde el Modelo Asociativo presenta su expresión más débil, caracterizando la relación como un mero compartir espacios en el recinto hospitalario, sin generar dinámicas de articulación ni retroalimentación que alimenten un modo común de encarar la práctica;
  b) En segundo lugar, está la asociatividad como "*complementariedad*", donde la presencia del consejero está legitimada pero sobre la base de una labor de apoyo al resto de los integrantes del equipo. En el extremo, está el peligro de la "*asimilación*": la noción de equipo asociativo se pierde y lo que queda es la *integración* al Equipo de Salud de un consejero desperfilado.
  c) El último modelo puede denominarse consejería como "*encuentro de saberes y actores*" y aparece como el tipo más cercano al espíritu del proyecto asociativo. En este modelo, el personal de salud –y el propio consejero- comprenden la especificidad del saber de éste último y lo incorporan como un aporte genuino a la red de apoyo: en la medida que se aprende a valorar al consejero como un legítimo otro, se supera la tradicional dicotomía entre asimilación y expulsión. Considerar estos modelos resulta fundamental a la hora de evaluar la forma y calidad de la relación asociativa de un programa local.

1.Asociatividad como *"cohabitación"*	**2. Asociatividad como *"complementariedad"***	**3. Asociatividad como *"encuentro de saberes"***
-Se comparte el uso de espacios físicos -Baja integración política y técnica -Vínculo preferencial con coordinadora local -Bajo compromiso directivo -Escasa derivación	-Alta validación del consejero -Integración técnica en tareas de apoyo a equipo de salud -Vinculo generalizado con equipo de salud -Alto compromiso directivo -Derivación "universal": consejería integrada en flujograma como un paso más -Tendencia a asimilación: integración del consejero al equipo de salud	-Alta validación del consejero -Equipo de salud comprende y valora saber propio del consejero -Integración técnica en calidad de "socio estratégico" -Amplia vinculación con equipo de salud -Alto compromiso directivo -Alta derivación -Fortalecimiento de noción de Equipo Asociativo: Comprensión sobre aporte específico de ambos equipos

Podemos resumir lo expuesto en el siguiente esquema:

Figura: Asociatividad según modalidades de relación Consejero – Equipo de Salud



Volver sobre la dimensión comunitaria para complementar el 'giro del Modelo'

- Siguiendo con esta línea de análisis, existe el planteamiento de revisar el sentido del proceso actualmente llamado consejería, en la perspectiva de reafirmar su misión de contribuir a que los usuarios fortalezcan sus capacidades de autonomía en el tratamiento de su condición de PVVIH para un mejoramiento de su calidad de vida. En el mediano y largo plazo, debiera producirse una reflexión sobre el perfil de competencias de la consejería en el campo específico de la atención a PVVIH y, al mismo tiempo, que el análisis sobre la adecuación de los consejeros a dicho perfil no sólo alcance la práctica los consejeros entre pares sino que implique un esfuerzo de actualización de todos los actores –salud incluido- a las demandas del nuevo perfil de la prestación. De hecho, los contornos de identidad de la práctica de la consejería vienen a ser presionados por formas emergentes del trabajo con PVVIH: la promoción de grupos de ayuda mutua[135], los propios intermediadores ciudadanos, entre otras figuras. *Lo que viene de regreso es la forma grupal*, cuestión de la que debe hacerse cargo tanto la política pública como el diseño estratégico de las entidades: así como en el caso de CONASIDA se ha privilegiado la dimensión individual de la consejería, en el caso de VIVO POSITIVO, se ha tendido a instalar una serie de figuras unipersonales (mediadores, consejeros, mujeres liderezas) y a desestimar las potencialidades derivadas de la implementación de un enfoque comunitario en materia de trabajo en prevención secundaria.

- La recuperación del ámbito comunitario para el Modelo asociativo se relaciona con dimensiones políticas (reponer el rol de la OSC en el Modelo, repotenciar la alianza equipo de salud local/Agrupación en la gestión del Modelo) y técnicas (recuperar el saber de la agrupación en materia de promoción comunitaria y ayuda mutua –y también de los equipos de salud, hay que decirlo). Esta necesidad fluye desde una comprensión integrada del fenómeno de la adherencia en tanto articulación de dimensiones biomédicas y psicosociales (que no se resuelven con mucho en la sumatoria simple salud+OSC) y de una mirada que resitúa la relevancia del trabajo de redes como soporte fundamental de la adherencia.

- Un comentario sobre la cogestión: a la luz de los testimonios recogidos, la capacidad de análisis crítico de la práctica no pareciera constituir una noción plenamente instalada en el proyecto durante la primera fase. Respondiendo a una lógica de instalación donde lo que prima es lograr la instalación del programa asociativo a nivel local, ha dominado cierta tendencia a segmentar los campos de actuación (donde cada entidad se preocupa de 'sus' temas y de 'su' gente). En algunos casos, en virtud de preservar los equilibrios políticos del programa la práctica del socio se torna 'inopinable', sobre todo en ciertas realidades locales y no

[135] La denominación de 'emergente' resulta poco adecuada en el caso de VIVO POSITIVO (recordemos por ejemplo, el Grupo de Amigos de los Jueves). Sí lo es para la política pública, que si bien ha desarrollado esfuerzos en materia de poblaciones vulnerables, no ha asumido el tema de los grupos de ayuda mutua.

así a nivel nacional, donde se logra una mutua implicación de mayor profundidad. Llevar la cogestión a su real expresión implica aceptar el carácter opinable de la práctica y los profesionales y/o agentes que la sustentan: lo que en la actualidad produce resistencias es el sentido asimétrico de esta exigencia –que pesa sólo sobre el sector de la sociedad civil- La reglamentación de la práctica de la consejería, junto a la actualización permanente de sus procesos de formación –léase perfil de competencias- implicará necesariamente la aplicación de un 'regla pareja' para evaluar la idoneidad de los consejeros de ambos sistemas.

- Es posible transformar desafíos en nuevas fortalezas. La redefinición institucional referida en el caso de las agrupaciones –hacia repotenciar su dimensión de ayuda mutua- puede transformarse en una oportunidad de acople virtuoso entre dichos organismos y el programa, en la medida que coincide con la demanda de cuidado propia de la actual fase de desarrollo de la epidemia –acompañamiento a la elaboración de las distintas facetas y fases de la condición sociocultural propias de una enfermedad crónica: integración de las redes comunitarias, grupos de ayuda mutua, trabajo con parejas y familias, entre otros rasgos de un enfoque comunitario que está en pleno desarrollo, aún por fuera del modelo.

- En definitiva, a la luz de las experiencias revisadas a nivel local y nacional, podemos señalar que la validación efectiva de la consejería entre pares como práctica de salud pasa por asegurar condiciones en el plano *operativo* (garantizar la instalación y/o permanencia consensuada de los programas locales (al igual que la relación de los usuarios con la consejería, la viabilidad del trabajo asociativo 'se prueba andando'); *técnico-político* (asegurar el apoyo de autoridades a nivel nacional y local); *metodológico* (reforzar la orientación del sistema a reflexionar sobre su práctica: ninguna directiva ministerial reemplazará el convencimiento del propio equipo local sobre la utilidad de la consejería asociativa) y *teórico* (explorar experiencias próximas como las de Perú, Brasil y España en torno a la tarea de ayuda mutua y el rol de la sociedad civil en los procesos de participación en salud).

- Sobre éste último ámbito, señalamos que concebir la consejería como un encuentro de saberes no pasa sólo por un convencimiento político sobre la conveniencia de la alianza Estado-Sociedad civil, sino que emerge de una reflexión más profunda sobre el sentido de las conversaciones de apoyo como las que requiere el acompañamiento de PVVIH realizado por el programa. De esta forma, las razones para impulsar un trabajo asociativo entre equipos de salud y PVVIH organizadas provienen de dos niveles: *en el plano de la prestación propiamente tal*, concebir el fenómeno de la adherencia como una interfase de factores biomédicos y psicosociales (en el marco del tránsito desde un modelo de salud a uno de bienestar) releva el potencial de aporte del saber específico del consejero (un saber que fluye de la práctica); *en el plano del sistema*, el encuentro de ambos tipos de actores (sociedad civil y Estado, a nivel nacional y local) contribuye un encuentro desafiante (interroga los modos de práctica de ambas orillas de la relación) pero altamente productivo en materia de aprendizajes e innovaciones tanto en materia de participación comunitaria como de atención en salud. Así, el camino para

transformar el dilema ¿asociatividad o asimilación? pareciera transitar por la ampliación de la alianza y recuperar para el Modelo las prácticas comunitarias que hacen a la identidad de las organizaciones locales de PVVIH. El principio general que mejor se ajusta a una idea de desarrollo viable del modelo pareciera ser "***un proyecto, dos entidades***".

5.1.4.2 El saber del Consejero

La conversación de la consejería: un ámbito de aprendizaje y cambio

La valoración del rol del consejero se relaciona con una agenda y un modo de hablar propio, fundado en la complicidad de compartir la condición sociocultural del usuario. Ese espacio, imposible de llenar por los profesionales de la salud, da pie a un rol específico del consejero entre pares: hablar desde la vivencia a partir de una triple apertura: su condición de persona que no es profesional de la salud (no se le debe demostrar congruencia); su condición de PVVIH (no se le debe enmascarar la condición); su condición de persona (se le puede hablar en tanto 'entendido').

El devenir de la prestación de la consejería entre pares constituye un saber específico sobre el modo de comprender y trabajar los cambios subjetivos producto del VIH/SIDA: el núcleo estratégico de las transformaciones promovidas en la conversación de la consejería entre pares está relacionado con la reconstrucción biográfica implicada en el proceso de asunción de la condición de PVVIH.

En efecto, la condición de PVVIH es una transformación compleja de la subjetividad y la identidad social que abarca las dimensiones del ámbito *íntimo* (reordenamiento de los afectos, de las redes sexuales y los modos de vivir la sexualidad, de las confianzas familiares, de pareja y amistades, de la autoimagen, de las expectativas de vida, de la decisión de tener hijos si es el caso, de la relación con el cuerpo y sus fluidos -incluidos los cuerpos y fluidos ajenos-); *social* (establecimiento de mecanismos de ocultación o comunicación del diagnóstico, vivencia del estigma, establecimiento de la relación con el sistema hospitalario); *económico* (reordenamiento de las posibilidades laborales y previsionales, reorganización de la dieta y el consumo, redefinición del consumo de sustancias como alcohol y drogas, entre otros). Por su parte, si la sexualidad es un vaivén de corporalidades, afectos, deseos y fluidos, bajo el código del VIH la subjetividad sexuada deviene cautiva: del temor (a sufrir daño, a infligir daño), del odio (venganza, autodestrucción), de la culpa (por donde pecas, pagas…). Sexualidad que deja de entenderse a sí misma, se envuelve sobre sí, enredada y, en la duda, se abstiene. Sobre este núcleo de subjetividad actúa la consejería, allanando la resolución de estos dilemas existenciales.

Así, la conversación del consejero ayuda al usuario a entenderse a sí mismo y a 'limpiar' su subjetividad de los impulsos destructivos (venganza) y autodestructivos (ignorancia, indiferencia, resignación) que le impiden asumir sus propios dilemas. Así, la palabra –la conversación- del consejero sirve para destrabar el habla del sujeto en aquello que tiene de tema, rollo, duda, en función de instaurar un espejo que le

devuelve la mirada de sí mismo y su condición, recuperada para juntar sus pedazos e inventarse un nuevo proyecto biográfico.

Por ende, la conversación entre sujetos que comparten la condición de PVVIH es una conversación de personas, no de roles sociales formateados previo a la sesión: pacientes, adultos, varones, madres, trabajadores. En este caso, la conversación opera como un recurso para hacerse cargo de los temas difíciles, donde está prohibido hablar: tal vez, la potencia principal de la palabra del consejero radica en que permite desplazar el silencio -el significado SIDA-muerte-, tematizar la condición de PVVIH –acompañar su elaboración- y con ello, asumir que la vida continúa.

La potencia del consejero está en su articulación de habla y escucha (no es pura habla o monólogo, como son la mayoría de los sistemas educativos y de atención en salud). Más aún, es un habla y una escucha pertinente que marca la diferencia entre el dictado y la disposición a tratar de comprender una subjetividad desencontrada, que busca entenderse a sí misma.

Cuando indicamos que vivir con VIH es una condición y no un acontecimiento estamos pensando que una consejería pre y post con resultado negativo puede ser un episodio cerrado en términos de número de sesiones y menú de temas y habilidades a transferir. En contrapartida, una oferta de consejería para PVVIH estaría definida como la construcción de un vínculo de asesoría o acompañamiento al proceso de reelaboración biográfica que viene con posterioridad a una notificación positiva. El sujeto debe volver a entenderse a sí mismo con la ayuda de un espejo –reflexividad- que es el consejero. La condición de PVVIH es un nuevo prisma -'anteojos'- con los que el sujeto debe aprender a mirar su vida. Lo anterior no implica desechar el principio de autonomía que está a la base del discurso del Modelo, sino ponerlo a la altura de lo que realmente está pasando entre los usuarios y los consejeros. De este modo, la consejería en PVVIH no tiene "número ni término" y tiende a organizarse como una relación de ayuda donde el consejero incorpora un menú compuesto por elementos informativos, destrezas y lo más importante, el valor de su vivencia con la misma condición, para ayudar al usuario en el proceso de toma de sus propias decisiones.

5.1.5 Resultados del Sistema

A continuación, revisaremos las modalidades de impacto encontradas en el Proyecto, retomando las restantes preguntas originadoras a partir de la información cuali-cuantitativa producida y de la infomación secundaria disponible.

¿El modelo de consejería asociativa contribuye a mejorar el autocuidado, adherencia a TARV y prevención secundaria del VIH?

- A la luz de los antecedentes recabados entre los gestores y especialmente a nivel de los usuarios entrevistados, se constata una valoración positiva de las contribuciones realizadas por el modelo de consejería asociativa en las áreas de impacto referidas.

    a. En materia de promoción de autocuidado, el programa activa la atención sobre la situación del usuario respecto a los facilitadores y obstáculos del autocuidado; especialmente, constituye un soporte emocional para afrontar crisis personales y situaciones de salud; desarrolla en los usuarios una conciencia de derechos.

    b. En términos de refuerzo a la adherencia, la consejería resulta un momento clave para el momento del inicio de la terapia, así como frente al cambio de esquema; la experiencia del consejero resulta una ayuda vital en la organización del plan personal de ingesta y en la construcción de una estrategia para reducir los daños de ciertas prácticas –consumo de alcohol y otras sustancias, entre otras-. Asimimismo, la consejería entre pares fortalece el necesario complemento entre los campos biomédico y psicosocial que están a la base del fenómeno de la adherencia.

    c. En lo referido a prevención secundaria, en la medida que la consejería entre pares transmite un significado estratégico al usuario ("la vida continúa", "el VIH/SIDA es una enfermedad crónica") y le acompaña en su internalización subjetiva, cobra pleno sentido su impacto sobre la prevención secundaria e incluso la posibilidad de hablar de la misma. En efecto, una vez que el sujeto comprende que su condición es la de un enfermo crónico, recupera el sentido de cuidarse a sí mismo y abordar sus dilemas en torno al autocuidado. Un aspecto clave de este impacto radica en la reorganización de la vida sexual.[DY1]

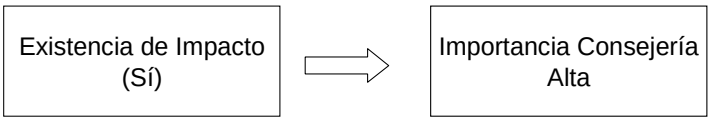
- En la encuesta realizada a los usuarios, **dos tercios reconocen la existencia de impacto de la consejería (64% en promedio)**. Las competencias relacionadas con la adherencia al tratamiento, el nivel de información sobre estrategias de autocuidado y la capacidad para elaborar la condición de PVVIH son las áreas mejor evaluadas.

- **Entre los usuarios que han reconocido impactos**, la mayoría se inclina por reconocer mejoras o aumentos de las competencias consultadas y coinciden en atribuir una importancia alta a la consejería en la consecución de dichos cambios.

ÁMBITOS DE IMPACTO	N=123		Usuarios que han reconocidos impactos	
	Reconocen existencia de impacto		Ha mejorado o aumentado	Importancia alta de la consejería
Capacidad para conversar sobre mi sexualidad	57%		81%	79%
Capacidad para elaborar, asumir, madurar, incorporar mi condición de PVVIH	66%		85%	81%
Adherencia al tratamiento	69%		82%	79%
Uso del Preservativo	61%		76%	76%
Nivel de información sobre estrategias de autocuidado para PVVIH	68%		82%	85%
Promedio	64%		81%	80%

- A partir de la ubicación de los usuarios respecto de las dimensiones consultadas, podemos afirmar que el Proyecto de Consejería Asociativa –en la percepción de sus usuarios-, alcanza niveles de impacto vinculadas a dimensiones **inmediatas** (aumento de conocimientos y destrezas, mejoramiento de capacidades subjetivas) e **intermedias** (uso del preservativo, aumento adherencia al tratamiento).

- Por último, se recogen las menciones que reconocen la existencia de impacto y atribuyen una alta importancia a la consejería entre pares (llamamos a este posicionamiento como "impacto completo"), cuyo modelo exponemos en el siguiente cuadro:



- Considerando el promedio de todos los ítems, el 50% de los usuarios encuestados reconoce impacto completo del programa, especialmente en los relacionados con "nivel de información sobre estrategias de autocuidado", "adherencia al tratamiento" y "capacidad para elaborar, asumir, madura, incorporar mi condición de PVVIH". Podemos señalar que el aporte psicosocial de la consejería se juega en dichas dimensiones de impacto. Los ítems con menor impacto son "uso de condón" y "capacidad para conversar mi sexualidad". El uso del condón es un impacto de mediano plazo en la estructura del programa, directamente vinculado a la capacidad

para romper el tabú de la conversación de la sexualidad, que para los usuarios resulta un área particularmente difícil de abordar en el marco de su condición de salud. Sin duda, se trata de un campo específico para mejorar las competencias de la consejería (prevención secundaria).

¿Cuál es el nivel de logro de objetivos en relación a lo establecido por el modelo?

Revisaremos el nivel de logro a partir de los objetivos del Modelo:

- *Fomentar el trabajo asociativo entre los Equipos de Atención Integral y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH.*

    a. El Proyecto introduce una serie de dinámicas virtuosas en el trabajo asociativo entre Equipo de Salud y Consejero/a;
    b. Uno de los efectos colaterales negativos del Proyecto se relaciona precisamente con que el Modelo no logra resolver un rol preciso para la agrupación, la que tendió a ser desplazada de la relación.
    c. Los lugares donde se potencia el trabajo entre equipos y agrupaciones son aquellos donde ya existía una relación de trabajo previa al proyecto.
    d. Desde un punto de vista general, la implementación del proyecto refuerza la percepción compartida sobre la potencialidad de una estrategia asociativa.
    e. La labor desarrollada por los consejeros permitió neutralizar las ansiedades propias de la fase de instalación del Proyecto.

- *Fortalecer los aspectos técnicos de la consejería en Autocuidado, Adherencia y Prevención Secundaria a las Personas Viviendo con VIH.*

    a. El Proyecto sistematiza un perfil de competencias y produce eventos de capacitación para habilitar a PVVIH y equipos de salud en el ejercicio de la consejería asociativa. Desde este punto de vista, es visto como una ganancia en materia técnica;
    b. Al mismo tiempo, la formalización de procesos internos del proyecto, en especial la instalación de los instrumentos, permitió avanzar en el fortalecimiento técnico del Modelo;
    c. No obstante los/las consejeros y el personal de salud tienden a valorar la calidad de la capacitación recibida, manifestaron la necesidad de potenciar los intercambios horizontales de experiencias, en la perspectiva de generar centros de entrenamiento de habilidades de consejería, potenciar el uso de TICs, reforzar los sistemas de aprendizaje a partir de la práctica;
    d. Un tema fundamental a resolver en este punto es repotenciar los espacios técnicos inicialmente definidos desde el Proyecto: hacerlos efectivos y orientados a la reflexión técnica, sin obviar los espacios informales de comunicación y aprendizaje;
    e. En la medida que el acompañamiento psicológico recibió una amplia valoración de parte de los gestores, se demanda aumentar su periodicidad. Asimismo, junto a la dimensión de acompañamiento psicológico propiamente tal, es importante señalar que los gestores (consejeros y personal de salud) sostienen

la expectativa que el acompañamiento permita abordar aspectos técnicos –análisis de casos-.

- *Ampliar la cobertura de atención en consejería a las personas viviendo con VIH en los Centros de Atención Integral del Sistema Público de Salud.*

  a. De acuerdo al Informe de Gestión proporcionado por la contraparte del estudio, las capacitaciones realizadas han incorporado 139 nuevos consejeros pertenecientes a 15 centros de atención;
  b. De acuerdo a la sistematización de las fichas de atención realizada por el Proyecto, por concepto de la incorporación de los consejeros entre pares se ha incorporado un potencial de 2924 nuevas prestaciones.[136]
  c. Con todo, la ausencia de derivación introduce una pauta de merma en la prestación de la consejería.

- *Mejorar los niveles de adherencia a tratamientos antiretrovirales.*

  a. Un 69% de los usuarios entrevistados reconoce impacto de la consejería en materia de adherencia; de ellos, un 82% declara haber mejorado o aumentado y un 79% concede una importancia alta la consejería en dicho cambio.
  b. La consejería fortalece el puente entre los componentes biomédicos y psicosociales que están a la base de la adherencia como fenómeno.
  c. Asimismo, la consejería fortalece la adherencia a nivel individual (apego a pauta de ingesta de TARV y autocuidado) y sistémico (fortalece la adhesión del usuario al programa de atención integral).

- *Facilitar la prevención secundaria del VIH y las ETS.*

  a. *Un 61% de los usuarios* entrevistados reconoce impacto de la consejería en materia de aumento de uso correcto del condón; de ellos, un 76% declara haber mejorado o aumentado su uso y un 76% concede una importancia alta la consejería en dicho cambio.
  b. Con todo, cabe señalar que sólo un 51% de los usuarios declara impacto de la consejería en términos de su capacidad para conversar sobre sexualidad. Esta dimensión es un tema a tener en cuenta en los desarrollos de competencias de la consejería.
  c. En la medida que favorece el tránsito desde el VIH/SIDA como enfermedad letal hacia una condición crónica de salud sobre la que se puede actuar, la consejería funda la posibilidad de hablar de prevención secundaria propiamente tal.
  d. Asimismo, la consejería entre pares fortalece la capacidad de los usuarios para diseñar y operar una pauta de gestión de riesgos adecuada a sus condiciones de vida.

[136] La cifra proviene del siguiente cálculo: multiplicamos el número de usuarios atendidos (731) por el número promedio de sesiones declarado por los usuarios entrevistados en la muestra (4): 731X4=2924 prestaciones. Ello, sin considerar la demanda espontánea o el contacto a través del consejero.

¿Cuáles son y cómo produce sus efectos virtuosos? ¿Cuáles son y cómo mejorar sus debilidades y oportunidades no aprovechadas?

1. La opinión expresada por gestores y usuarios permite desprender los siguientes efectos positivos de la consejería entre pares:
    a. Permite superar las crisis propias del momento posterior a la notificación: venganza, autodestrucción.
    b. Desarrolla en los usuarios una conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Esto tiene especial importancia en el caso de las mujeres.[DY2]
    c. Aporta al fortalecimiento de capacidades propias:
        i. Produce o activa en el usuario recursos personales para ejercer la autonomía.
        ii. Genera un dispositivo de acompañamiento y afirmación subjetiva.
        iii. Provee información validada por la experiencia que se articula con las propias expectativas del usuario
        iv. Permite la reconstrucción subjetiva a través de una relación de ayuda fundada en la palabra;
    d. Ayuda a los usuarios a producir el tránsito subjetivo desde el significado VIH/SIDA-Muerte al de VIH/SIDA= Enfermedad crónica.
    e. Provee un soporte de red de ayuda informativa y de acogida de plena disposición:
    f. Ha validado la consejería como prestación fundamental con un paradigma de salud centrado en el logro del bienestar.

2. Al mismo tiempo, el Proyecto de Consejería genera un impacto positivo sobre el sistema de salud: aumenta su pertinencia con la incorporación de la perspectiva del consejero. La integración del/la consejero/a par incorpora un efecto virtuoso en la imagen del equipo de salud respecto de los usuarios: es lo que denomina "humanización" del equipo de atención integral. A la base de este juicio, hay diversos factores positivos:
    a. El/la consejero/a introduce una mediación o traducción respecto de las directivas médicas: habla a escala humana, adapta lenguaje, aterriza situaciones y requerimientos a la vida cotidiana del usuario (a nivel de adherencia y autocuidado);
    b. En la medida que está integrado a la cadena de prestación, la figura del /la consejero/a introduce una cara amable en el sistema y le retorna a su centro: el bienestar de las personas;
    c. El/la consejero/a instala una función de control ciudadano respecto de las eventuales situaciones de vulneración de derechos y/o mala calidad de atención, validando su actuación como 'legítimo otro' ante figuras donde la jerarquía de los equipos de salud atenúa el sentido de crítica (por ejemplo, respecto de los médicos). El/la consejero/a hace lo que a otros integrantes del equipo está restringido. El potencial de control ciudadano implicado en la presencia del/la consejero/a es valorado por algunos de los profesionales locales entrevistados, como un aliciente para la calidad del servicio que tiene como ganador final al usuario.

d. Bajo condiciones de funcionamiento óptimo, el proyecto de consejería entre pares fortalece el sentido sinérgico de la red de atención. Sinérgico en varios sentidos: tienden a especializarse las experticias del sistema (consejero, matrona, psicóloga, asistente social u otros profesionales); se afina o potencia la capacidad de derivación del sistema, lo que redunda en ganancia de tiempo y eficacia en el tratamiento del usuario. Desde salud, se gana un recurso humano calificado que puede descomprimir la demanda de atención.

e. Desde un punto de vista general, el sistema mejora la calidad de la prestación: transforma sus componentes en una red que trabaja sobre los temas de modo especializado y con un constante flujo de retroalimentación que aumenta su eficiencia.

f. En condiciones de trabajo asociativo efectivas, puede afirmarse que el impacto logrado por la consejería tiende a ser *sistémico*, esto es, no puede esperarse un efecto aislado o nítido vinculado a la consejería sino su integración en una red más general de efectos concatenados dados por diversas formas de *sinergia*: aquella que proviene de las prestaciones del equipo de salud -médicas, matronas, psicóloga, asistente social, químico farmacéutica, paramédicas-; la que deriva de las formas institucionales e informales del trabajo asociativo –reuniones integradas de equipo, funcionamiento cotidiano como una comunidad de práctica; la que resulta a consecuencia del rol de las personas (los propios gestores locales); aquella que proviene del impacto producido por la red de protección social recientemente lograda para el VIH/SIDA (cobertura universal de medicamentos). **De conjunto, estos factores operan en una red que, en el mediano plazo, refuerza el potencial de adherencia de los sujetos al programa –en definitiva, a su propio autocuidado- y en el largo plazo, mejora los niveles de calidad de vida.**

4. El menú personalizado de la Consejería entre pares constituye la vindicación de un modelo centrado en el usuario que, por lo mismo, no tiene número ni término. Entre las habilidades del consejero está el aprendizaje de la distinción entre temas de superficie y temas de fondo, con frecuencia confundidos entre los motivos declarados de consulta. A la base, existe una crítica sobre el paradigma procedimental del sistema de salud –sectorial-, que disecciona al sujeto en sus diversas facetas (estadística, requerimiento de fármaco, usuario de condón, demandante de atención nutricional y asistencia social, entre otros) y pierde de vista la integralidad del sujeto en tanto vivencia y necesidad de escucha.

La prestación de consejería entre pares introduce la construcción de un vínculo del usuario con el sistema. Esta realidad, que desborda la regulación de 4 sesiones del modelo, introduce una pauta de discontinuidad: es el paso a la salud como *bienestar y la superación de la cura*. El bienestar pone la definición de la agenda del otro lado –desde la demanda- y es procesual. Orientado desde las distinciones de satisfacción del usuario y con un menú acorde al singular proceso de reorganización biográfica implicado en la condición de PVVIH, tiene asimismo un diseño abierto. Efectivamente, la definición y medición del bienestar desde el sujeto se presenta como una dificultad para el sistema de atención, que refracta esta demanda y prefiere hacerla inespecífica,

marcando las 3 alternativas de atención. Será tarea del consejero 'desenrrollar' la demanda del usuario.

La prestación de la consejería entre pares representa el encuentro del sistema de atención con una situación de salud que no deviene acontecimiento sino una *condición*. De hecho, el cambio cultural trascendental introducido por la terapia antiretroviral – transformar el VIH/SIDA en una enfermedad crónica- genera un proceso de tránsito desde el paradigma curativo de atención hacia uno de bienestar. Éste es un camino que está en pleno desarrollo y en los hechos, presiona por redefinir el alcance de una prestación como la consejería dirigida a personas que viven con el virus. Se demanda un vínculo, redes de apoyo que tienen como protagonista al consejero.

Podemos comparar ambas miradas:

Ámbito	**Definición de la operación**	**Devenir de la operación**	**Campo de actuación**	**Definición de logro**
El cuerpo y sus problemas	*Procedimiento*	*Mecanicismo*	*Homeostasis*	*Ausencia de enfermedad*
La persona y su circunstancia	*Proceso*	*Sentido*	*Biografía*	*Bienestar*

Bajo esta lógica, la noción de *adherencia* se transforma: de comportamiento unidireccional (dicotómico, si o no, suma cero) a un proceso de *ajuste permanente* a una norma internalizada de autocuidado. Es un acuerdo del sujeto consigo mismo: construcción de límites propios, búsqueda de soluciones en la propia experiencia. Este es un saber único que está en poder del consejero y que comparte con los usuarios: no hay ejemplos, cada cual construye su pauta de autocuidado. Estamos en el campo de una gestión del riesgo situada en el sujeto y su circunstancia, donde no hay héroes ni ejemplos perfectos.

¿Cuál es la estrategia más pertinente para "medir" el impacto del servicio?

- La tarea de construir una medida del 'impacto' del Proyecto de Consejería Asociativa es complicada, por varias razones:

  a. En la actualidad, no existe una línea de base en materia de adherencia o desde la noción más general –y subjetiva- de "calidad de vida"; constituye una tarea del Proyecto resolver y monitorear un sistema de medidas para inferir las transformaciones que el Proyecto promueve a nivel de los conocimientos, actitudes y prácticas de los sujetos y en el sistema mayor (comunidades).
  b. La pregunta central de la medición de impacto cobra la forma de una hipótesis nula: ¿Es posible afirmar que las transformaciones declaradas por los usuarios pueden ser derivadas de la acción de las estrategias del Proyecto? ¿Cómo operan los factores de contexto en la explicación de los cambios? Consideremos el siguiente cuadro:

Factores externos que condicionan la adherencia	
Barreras	**Facilitadores**
Barreras para hablar de sexualidad	Tendencia a la reflexividad social
Barreras de género para asumir comportamientos de autocuidado	Tendencia a la plasticidad de comportamientos e identidades
Estigmatización social de VIH/SIDA y homosexualidad	Proceso de individualización
Baja difusión de antecedentes sobre adherencia, autocuidado y prevención secundaria	Confianza en tratamientos y seguridad de procedimientos sanitarios
Pérdida de redes sociales y capital social comunitario	Adecuación de fármacos a requerimientos de calidad de vida de los usuarios
Inequidad, pauperización	Cobertura universal en tratamientos y exámenes

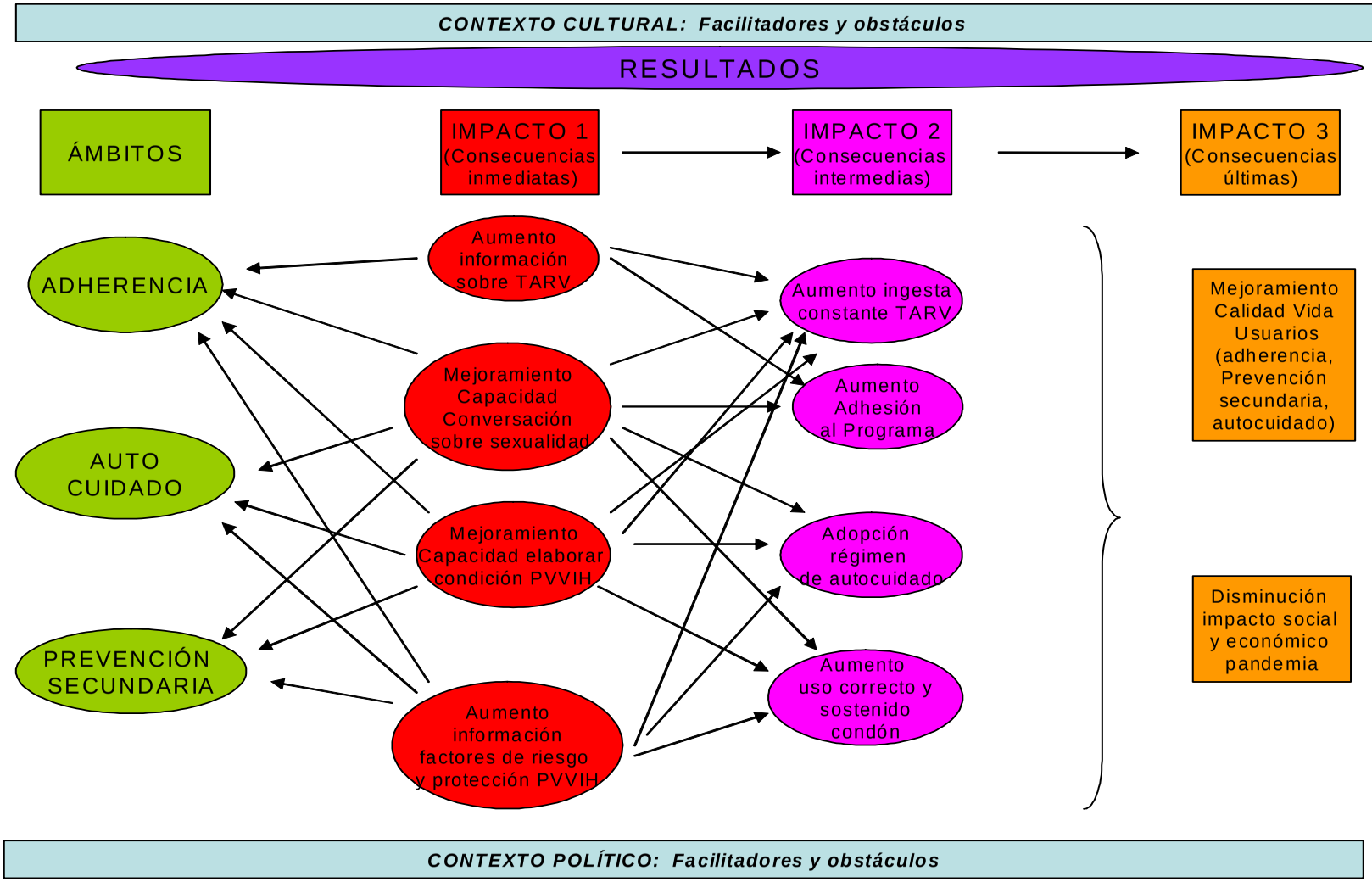
  c. Puede observarse como, a la base de los comportamientos promovidos por el programa, intervienen una serie de factores contrextuales que favorerecen y/o obstaculizan el logro de objetivos. A la luz de éstos ¿Qué podemos afirmar sobre los comportamientos de adherencia?¿Son anteriores o se postulan como 'efectos' de la instalación del programa? En tanto sistema, el modelo de consejería plantea impactos que resultan de la acción integrada de diversos factores: ¿hasta dónde es válido postular que un porcentaje "X" de impacto es atribuible al servicio de consejería asociativa? Lo anterior, considerando que la mayor parte de los usuarios sostiene un número limitado de encuentros con el consejero;
  d. Luego, los antecedentes expuestos sugieren la necesidad de construir aproximaciones referenciales en términos de medición de impacto, fundamentalmente basadas en la percepción de aporte de la consejería asociativa al incremento de capacidades individuales e institucionales de los propios gestores y usuarios del sistema.

e. Un futuro estudio deberá integrar la mirada sobre la consejería asociativa con el nivel del sistema o red, esto es, considerando las prestaciones propias del equipo de salud y las de la propia agrupación local.
f. Lo que en definitiva emerge como necesidad es incorporar un sistema de monitoreo de las transformaciones en materia de conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios del sistema.
g. Volviendo a la pregunta original, un sistema como el planteado debiera –al menos- considerar los siguientes elementos:
    - En primer lugar, una representación de los factores de contexto a nivel político y cultural que favoreen y dificultan el logro de objetivos programáticos;
    - En segundo lugar, un esquema de relaciones entre factores de impacto de nivel individual (usuario) a nivel inmediato e intermedio;
    - En tercer lugar, un esquema similar de nivel sistémico;
    - Una propuesta de operacionalización de dichas dimensiones.
h. Podemos graficar la propuesta en los siguientes esquemas, que asumen una perspectiva general de multicausalidad y mutua implicación de factores:

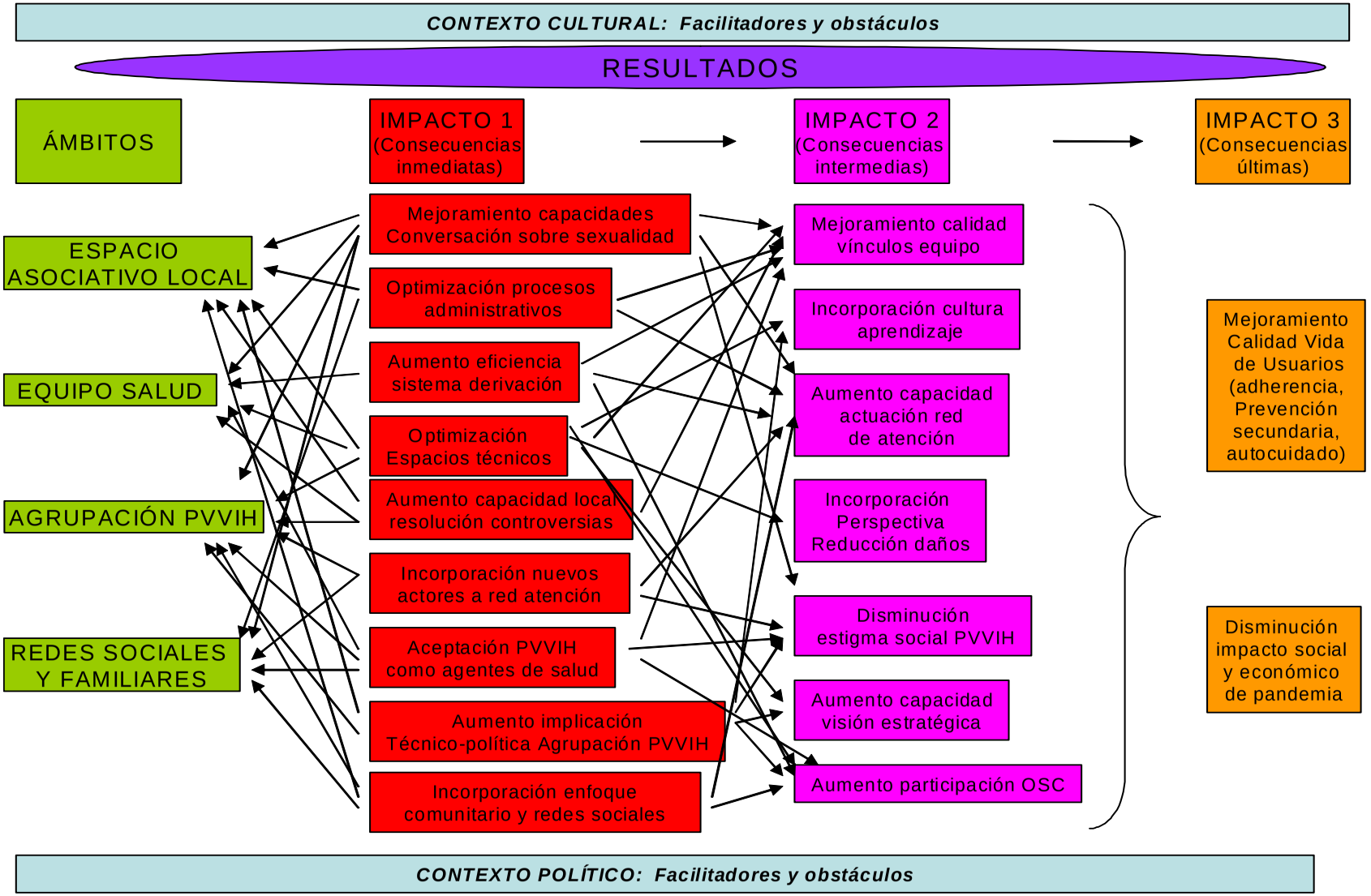
MODELO SISTÉMICO IMPACTO INTERVENCIÓN: FACTORES CONTEXTUALES

	FACILITADORES	***OBSTÁCULOS***
CONTEXTO CULTURAL	Tendencia a la reflexividad social, aumento plasticidad de comportamientos e identidades, proceso de individuación, profundización de apertura a la diversidad,	Tabú de la sexualidad, inequidad de género, estigmatización social VIH/SIDA y homo-bisexualidad, debilitamiento de redes sociales y capital social comunitario, pauperización, vulnerabilidad, cultura institucional de salud centrada en laoferta
CONTEXTO POLÍTICO	Relevamiento de aspectos psicosociales y de participación ciudadana en salud; confianza en tratamientos y seguridad de procedimientos sanitarios; adecuación de fármacos a usuarios; cobertura universal de TARV; incremento capacidades y visión estratégica de VIVO POSITIVO Y CONASIDA; fortalecimiento cultura de usuario	Inexistencia de educación sexual, obstáculos políticos comunicación social preventiva, poder económico/comunicacional grupos conservadores, baja descentralización de procesos y decisiones, merma organizacional VIVO POSITIVO

MODELO SISTÉMICO IMPACTO INTERVENCIÓN: NIVEL INDIVIDUAL



MODELO SISTÉMICO IMPACTO INTERVENCIÓN: NIVEL SISTÉMICO



CUADRO: INDICADORES DE IMPACTO SEGÚN NIVEL Y OPERACIONALIZACIÓN, NIVEL INDIVIDUAL

Inmediato	Operacionalización	Intermedio	Operacionalización
Aumento información sobre TARV	Nivel de conocimientos del usuario, autopercepción de solvencia temática	Aumento ingesta constante TARV	Seguimiento de plan de ingesta de acuerdo a parámetros biomédicos
Aumento capacidad conversación sobre sexualidad	Autopercepción de usuario sobre capacidad para abordar contenidos sobre sexualidad	Aumento adhesión al Programa	Asistencia a sesiones por sobre 80%
Mejoramiento capacidad elaborar condición PVVIH	Autopercepción de usuario, percepción de equipo asociativo en sesiones de consejería	Adopción régimen autocuidado	Cumplimiento de plan de ingesta TARV y organización de hábitos saludables
Aumento información factores de riesgo y protección PVVIH	Nivel de conocimientos de usuario, autopercepción de solvencia temática	Aumento uso correcto y sostenido condón	Reporte de uso preservativo con pareja estable y ocasional/es

CUADRO: INDICADORES DE IMPACTO SEGÚN NIVEL Y OPERACIONALIZACIÓN, NIVEL SISTEMA

Inmediato	Operacionalización	Intermedio	Operacionalización
Mejoramiento Capacidades Conversación sobre sexualidad	Existencia de contexto social favorecedor de conversaciones sobre sexualidad al interior del programa	Mejoramiento calidad vínculos equipo	Realización de actividades de fortalecimiento de identidad institucional y autocuidado equipo
Optimización procesos Administrativos	Percepción de gestores sobre adecuación de tiempos de procesos administrativos	Incorporación cultura Aprendizaje	Organización de comunidades de práctica
Aumento eficiencia sistema derivación	Porcentaje derivaciones según cobertura de usuarios		
Optimización Espacios técnicos	Establecimiento de espacio asociativo de discusión técnica: análisis de casos, formación teórica y metodológica	Aumento capacidad actuación red de atención	Aumento de cobertura y diversidad de agentes de derivación y apoyo
Aumento capacidad Local resolución Controversias	Existencia de canales y estrategias locales de resolución	Incorporación Perspectiva Reducción daños	Promoción de pauta de autocuidado según perspectiva
Incorporación nuevos actores a red atención	Número y tipo de nuevos actores incorporados a red de atención y apoyo del programa	Disminución estigma social PVVIH	Discurso de profesionales de la salud sobre los temas de diversidad y estigma en PVVIH
Aceptación PVVIH como agentes de salud	Existencia de política pública de participación de PVVIH en temas de salud	Aumento capacidad visión estratégica	Existencia de planeamiento estratégico programa local
Aumento implicación Técnico-política Agrupación PVVIH	Incorporación de Agrupación a flujograma del sistema	Aumento participación OSC	Número y tipo de nuevos integrantes incorporados a OSC
Incorporación enfoque comunitario y redes sociales	Modelo Asociativo reelaborado con aspectos teóricos y metodológicos vinculados a redes sociales		

5.2 Reflexiones finales

El cabo de su primera etapa de funcionamiento, el Proyecto de Consejería Asociativa ha logrado diversos avances:

- Construir de modo participativo un modelo conceptual y metodológico que reúne las tradiciones de consejería desarrolladas por el Estado y la sociedad civil organizada, que permitió ordenar la práctica de los actores sobre la base de un referencial compartido de competencias y un conjunto de procesos e instrumentos destinados al fortalecimiento de la relación asociativa;
- A partir de este fundamento, emprende un proceso de formación de recursos humanos que posteriormente darían forma los equipos asociativos;
- En tercer lugar, convoca a los equipos de salud y a las agrupaciones de PVVIH a la tarea de implementar los equipos locales, abordando las tareas político técnicas que requería la instalación del modelo, en especial la superación de las aristas conflictivas del vínculo entre agentes comunitarios y de salud;
- Inaugura la prestación de consejería entre pares y el funcionamiento de equipos asociativos al interior de 15 centro de salud a nivel nacional, generando una serie de impactos positivos a nivel de usuarios;
- Organiza tareas de acompañamiento técnico y psicológico de los equipos locales;
- *De modo principal, ha contribuido a la construcción de un concepto de adherencia que integra factores biomédico y psicosociales, bajo una óptica de protagonismo de los usuarios en la resolución de sus asuntos de salud.*

Como es de esperar, una tarea de esta envergadura no ha estado exenta de obstáculos y dificultades, las cuales han sido trabajadas sobre la base del vínculo previo de relación asociativa entre los gestores del programa a nivel nacional y local. Desde este punto de vista, las trayectorias de CONASIDA y VIVO POSITIVO los transforma en actores con un saber específico sobre el modo de organizar relaciones de cooperación y conflicto entre Estado y sociedad civil organizada, pauta principal de actuación de los nuevos escenarios de *gobernanza* de la política pública. Convicción política que corre paralela al rol de las personas: al cabo de la fase I del Proyecto, el conjunto de los actores consultados coincide en la importancia estratégica de la Consejería Asociativa.

Efectivamente, no obstante a nivel internacional existen diversos modos y experiencias en que las políticas públicas han incorporado la participación de la comunidad, el Proyecto de Consejería constituye una expresión inédita en la medida que construye un puente entre mundos que habitualmente mantienen relaciones paralelas, con una sociedad civil y un Estado actuando al mismo tiempo y con algunos ámbitos de articulación. Más allá, el Proyecto de Consejería Asociativa funda una interfase técnico-política cuyo desarrollo potencia los componentes biomédicos y psicosociales de la adherencia, el autocuidado y la prevención secundaria.

A la luz de esta valoración, formulamos algunos comentarios finales.

- Sobre los contextos de políticas públicas y de participación: énfasis y articulaciones

Se ha constatado que una concepción integral de la salud, en coherencia con un planteamiento de participación, estimula la responsabilidad de los propios actores en el cuidado de su bienestar. La participación no desplaza el saber especializado de los profesionales de la salud, sino que, por el contrario, promueve la flexibilización de sus categorías, modelos de atención y formas de gestión de los servicios, al considerar demandas, expectativas y representaciones de los propios usuarios. Ello implica el desafío para la política pública en torno a incorporar una perspectiva de reconocimiento de los usuarios como actores capaces de ejercer una autonomía organizada, que contribuya al objetivo de la promoción de la salud y del tratamiento y prevención, a la vez que permita revertir las dinámicas sociales marginadoras y estigmatizadoras de las PVVIH. El objetivo sanitario y de bienestar para las PVVIH referido demanda esta integración de enfoques y actores desde los más altos niveles de compromiso institucional y apunta a superar la dicotomía “sanador- paciente”.

En la perspectiva de la participación de la sociedad civil, los antecedentes indican que la instalación de un control social efectivo de la ciudadanía en materias de salud, requiere integrar la promoción de una “ciudadanía activa” en los modelos de gestión de la salud pública. En este ámbito, la complementariedad de las estrategias de Información, Educación y Comunicación bajo un enfoque de consideración de los elementos socio culturales de la población atendida, resulta un elemento relevante a tener en cuenta en las formas de asociatividad público-privada que abordan la atención integral de las PVVIH, en la perspectiva de asegurar la pertinencia y efectividad de las acciones emprendidas en la atención a PVVIH en sus contextos locales. Elementos como el lenguaje, los signos culturales, las significaciones compartidas en códigos que los constituyen como grupos en un determinado contexto geográfico, implica conocer los modos comunicativos como se construye socialmente la significación del VIH/SIDA y por tanto, sus posibilidades de prevención y tratamiento eficaces en un determinado territorio. Lo anterior interpela a las políticas públicas en torno a superar modelos estandarizados y establecer políticas localizadas, regionalizadas, en sus planes nacionales.

Esta demanda no sólo se funda en una perspectiva política –potenciar la ‘ciudadanización’ de las políticas de salud- sino en una necesidad político técnica: es preciso incorporar a este ámbito del trabajo en salud una perspectiva sobre el desarrollo del capital social. Como fuera señalado en el acápite teórico, esta perspectiva releva la utilidad programática de incluir mecanismos de participación ciudadana y de fortalecimiento de redes a la política pública de protección social.

El desafío para las políticas sociales del siglo XXI es trabajar el enfoque de derechos, y su sistema de protección social, según una teoría de redes, donde los puntos de convergencia son diferentes y se constituyen, dinámicamente, de acuerdo a la conversación de los actores. Básicamente, es el modo como Jürgen Habermas nos propone “la inclusión del otro” que, es siempre una lucha por el reconocimiento del desigual y diferente en el estado democrático de derecho. Éticamente, lo que se le pide al Estado ya no es la neutralidad de un ordenamiento jurídico sino el reconocimiento de

los derechos de las diversas comunidades que lo constituyen para participar de un proceso democrático plural y justo es decir, la integración ética de grupos y subculturas con sus propias identidades colectivas debe situarse en diálogo con la integración política de los ciudadanos como individuos[137].

- Sobre la asociatividad

La propuesta de alianza público-privada promovida por el programa de consejería asociativa se enmarca entre las estrategias que en la región se dirigen a establecer modalidades articuladas de atención integral entre actores de los servicios de salud y de agrupaciones de PVVIH, sobre la base de un cuerpo coherente de criterios, conceptos, sentidos y procedimientos desde las perspectivas política, de gestión y técnica. Desde los antecedentes analizados, esta apuesta asociativa será viable y permanente en la medida que articule dichos criterios y niveles incorporando con mayor fortaleza la alianza entre Estado y sociedad civil, en una perspectiva de superación paulatina de las tensiones históricas que surgen al articular en el aparato estatal una propuesta política y técnica innovadora en el ámbito de la salud.

Desafíos a la estrategia de gestión: nuevos escenarios de *gobernanza*

En torno al futuro del proyecto como práctica de asistencia y participación en salud, cabe reflexionar que las miradas que ponen el acento en la institucionalización de la iniciativa son tributarias de un enfoque histórico sobre la implementación de las políticas públicas en nuestro país: nos referimos a una hipótesis de logro que tiene como máxima expresión la inclusión de las iniciativas o demandas a nivel legal (promulgación de ley) y/o institucional (creación de departamentos o programas especiales integrados en la estrategia pública). Los nuevos escenarios de las políticas públicas promueven la creación de espacios públicos *no estatales o mixtos*: ámbitos de acción que no aspiran al copamiento del Estado sino a permear o aumentar su *porosidad* por vía de incorporar mecanismos público-privados de gestión asociativa. Este proceso está relacionado con las dinámicas de descentralización y desconcentración promovidos por las reformas sociales realizadas durante los años noventa en América Latina.

Al igual que en el caso de la educación, la primera generación de reformas sociales en salud privilegia los temas de cobertura y su reemplazo por los temas de Segunda Generación –la cuestión de los derechos, la participación y la calidad de la atención: *el paso del bienestar desde un lujo a una necesidad*- está siendo paulatino, por enfrentarse a sólidas culturas institucionales que imprimen sus propios ritmos a las transformaciones exigidas por los emergentes de la política pública

En el marco del Proyecto, puede esperarse que el abordaje adecuado de los conflictos entre Estado y Sociedad Civil dependerá del afianzamiento de la relación entre gestores de salud y agrupaciones, así como entre los actores del servicio de salud y consejeros/as entre pares, sobre la base de criterios político-técnicos que permitan

[137] Perspectivas sobre protección social, Fundación IDEAS.

delimitar y validar la instalación de las PVVIH desde sus niveles de organización colectiva, en simultaneidad con su realidad de usuario individual del sistema de atención integral. Una política de inclusión de los usuarios en tal sentido constituye un referente para el desarrollo ciudadano, en un contexto de protección de sus derechos humanos y de superación de las situaciones de marginación y estigmatización, promoviéndolos como actores comunitarios válidos que en su dimensión de organicidad aportan un beneficio específico y complementario a la atención del equipo de salud.

- Sobre el carácter del voluntariado en el trabajo de Consejería

El Proyecto de Consejería Asociativa ha asumido el desafío de incorporar la noción de acción voluntaria desarrollado por VIVO POSITIVO. De modo tradicional, las instituciones de salud han convivido con el ejercicio de una práctica de voluntariado por parte de diversas entidades de la sociedad civil. En términos generales, la inserción de éstas en los centros hospitalarios no implicó mayores cuestionamientos a la cultura institucional que rodea la tradicional relación "médico-paciente". No obstante, desde los años sesenta comienza una transformación de los modos de concebir la práctica voluntaria que releva las dimensiones de crítica y transformación social. El trabajo de VIVO POSITIVO es tributario de esta corriente, que no se agota en el cumplimiento de la función asistencial y concibe el voluntariado como un movimiento de modificación de estructuras y presupuestos de los modelos de atención y participación en salud. De hecho, la práctica del Proyecto incluye en sus procedimientos todos los niveles de la pirámide de participación ciudadana promovidos por Naciones Unidas en relación a las PVVIH.

La Consejería Asociativa, en tanto Modelo de trabajo entre Estado y sociedad civil organizada, viene a interrogar las formas tradicionales de concebir el vínculo entre estos 2 actores. De hecho, en el campo del VIH/SIDA resulta difícil hablar de la existencia de un tercer sector: por su carácter de zona mixta, la línea del trabajo asociativo divide de otra forma a los participantes del Estado y la Sociedad civil: *¿a favor o en contra de la transformación cultural?* Este rasgo del Modelo interviene constantemente en la definición de sus alianzas a nivel local y nacional.

A la luz de los nuevos desarrollos de la política pública, donde los temas de participación usuaria constituyen un eje centralla alianza entre VIVO POSITIVO y CONASIDA juega un rol dinamizador de los sistemas de salud, incorporando innovaciones programáticas como la consejería asociativa, que presionan los modos establecidos de concebir la práctica de los trabajadores de la salud.

Existe cierto discurso liberal para el cual la sociedad, y no solamente el Estado es responsable de la consecución del bienestar de sus miembros (algo de este argumento resuena en el discurso de la reforma en salud). Ello no puede implicar la renuncia a trabajar y/o exigir un sistema de protección social fuerte. Desde este punto de vista, el empeño de VIVO POSITIVO por articular voluntariado y denuncia social puede no ser comprendido por un sector de trabajadores del campo del VIH/SIDA pero constituye la única posibilidad de construir una lógica de usuario y, en tanto organización social, no ser fagocitado por el sistema de salud. Por ende, deben interrogarse todos los intentos

por ‘tecnificar’ la definición de rol del consejero/a: la articulación de los dos principios con un enfoque –consejería con perspectiva de derechos- es, precisamente, lo más genuino de su aporte a la renovación de las prácticas de atención en salud.

El sentido de la gratuidad se ha transformado por la mercantilización de la vida social. Y lo que está a la base de una práctica como la Consejería entre pares es, precisamente, su mixtura entre las lógicas de la gratuidad y la mercancía. *Lo que no puede perderse de vista es que la labor del consejero, en última instancia, es una extensión más elaborada del rol que cumple la agrupación*. Por lo mismo, cualquier divorcio entre el perfil del consejero y la agrupación resulta nocivo para la viabilidad del Modelo. No existe contradicción entre el esfuerzo por potenciar la rigurosidad de la prestación de consejería (sistemas de formación, logística, aspectos operativos) y la mantención de un fuerte sentido de voluntariado en la acción (con todo el componente político que ello implica). El consejero entre pares podría ser definido como una persona que actúa hacia sus pares en *retribución* del aporte social que ha recibido en términos de acogida de sus pares y del sistema de protección social en salud.

De esta forma, *profesionalización* no es sinónimo de *asalarización* y el Proyecto debe construir una mirada consistente sobre este punto, que está a la base de la concepción del Modelo. La segunda tendencia marca el divorcio entre el/la consejero/a y la agrupación y su asimilación por parte del sistema de salud. La historia de la intervención social está plagada de ejemplos sobre el impacto disipatorio de los recursos económicos sobre las energías sociales. Desde estos desafíos, los actores del proyecto reafirman la necesidad de concebir la participación como un componente estratégico del nuevo modelo de atención.

- Sobre la modalidad de atención de la consejería

La consejería como práctica instalada y validada en el ámbito de la atención integral de las PVVIH, puede orientar su especialización hacia el establecimiento de modalidades de conversación enmarcadas en la construcción de vínculos de apoyo. Desde esta perspectiva, la práctica del/la consejero/a se dirige a encuadrar un proceso de conversación (que va más allá de la mera entrega de información de la actual “consejería educativa”), que considere y fortalezca dicha dialéctica como un flujo constante de intercambio entre posiciones de habla y escucha, que van articulando y rearticulando las significaciones y sentidos de los interlocutores, de modo que la intencionalidad de quien apoya (en este caso, el/la consejero/a) apunte a co-construir una conversación con pertinencia a los emergentes relevados por quien es apoyado (el usuario) y de este modo dirija sus modalidades de conversación tanto en su forma (habilidades, herramientas, técnicas, corporalidad, fortaleza de un vínculo pertinente) como en contenido (información, criterios, alternativas, opciones, abanico de prácticas, consecuencias de acciones, repertorio de acciones), a producir una conversación que apoye a la PVVIH en el enfrentamiento de sus dilemas y posibilite su fortalecimiento como sujeto capaz de discernir y ejercer una práctica de autocuidado al interior de un proyecto de vida recuperado.

- Sobre las modalidades individual y grupal de la consejería

La modalidad individual de la consejería es insustituible por constituir el espacio de elaboración personal que apunta a un acompañamiento focalizado del sujeto en el fortalecimiento de sus procesos internos de autonomía para el autocuidado como PVVIH; asimismo, es un ámbito principal de "confidencialidad- intimidad- sinceridad- honestidad consigo mismo" donde es posible implementar una toma de decisiones personal con la asesoría de un/a consejero/a entre pares. Dada esta particularidad, los antecedentes revisados nos llevan a considerar una flexibilización de los actuales procesos de derivación y consejería en su modalidad de atención en 4 sesiones, en tanto los procesos de consejería se intensifican y aseguran mayor estabilidad y significación de los aprendizajes desarrollados, en el contexto de un vínculo de apoyo sobre la base de la confianza, el apoyo a los compromisos de acción y el cambio de actitud.

Como abordaje complementario, la modalidad grupal implica un recurso capaz de crear contextos de conversaciones grupales, cuya dinámica favorece procesos de aprendizaje así como el surgimiento de emergentes posibles de ser deconstruidos y reconstruidos en su significado por los participantes. Efectivamente, la dinámica de habla y escucha en el fluir de la conversación grupal favorece dicha resignificación, que puede derivar en propuestas pertinentes de aplicación de prácticas autónomas de auto cuidado y en nuevos modos de sentido común proclives a la prevención secundaria, a partir de procesos en que los participantes se ven fuertemente involucrados.

Estos antecedentes relevan la importancia de los Grupos de Apoyo Mutuo, en tanto impulsores a nivel grupal de reflexiones y acciones compartidas que pueden materializarse con independencia de las instancias de tratamiento institucional, lo que aparece como posibilidad de reforzar la autonomía y empoderamiento, esta vez en el marco de un colectivo de pertenencia abocado a la tarea compartida de la búsqueda de alternativas de acción para el mejoramiento de su calidad de vida.

Los efectos positivos de estos grupos operan a través de experiencias personales profundas, de una empatía sin mediaciones, de la solidaridad y del apoyo social. Sus miembros ofrecen ayuda, reciprocidad y sus propios modelos para afrontar con éxito los problemas comunes. Se considera que estos grupos pueden representar el papel de 'agentes de cambio' y humanizar los servicios profesionales. Al mismo tiempo, implican soportes sociales de pares que fortalecen las disposiciones emocionales y sociales de los sujetos en tanto viven un proceso de acompañamiento colectivo con sentidos y objetivos compartidos.

Todos estos elementos potencian y complementan positivamente los procesos individuales que cada PVVIH esté desarrollando en las instancias de consejería entre pares y con el personal de salud, lo que puede contribuir a afianzar los avances de los tratamientos para fortalecer la adherencia a TARV, y a la par incluir las dimensiones socio/comunitarias de los sujetos pudiendo así fortalecerse las redes de apoyo. Como se mencionó a propósito de la reflexión sobre políticas públicas y participación en salud, esta posibilidad va acompañada de un compromiso y articulación política que abarca

desde los niveles institucionales hasta la sociedad civil, a nivel nacional y local, de modo que estas posibles prácticas no aparezcan como marginales al sistema tradicional de atención en salud y a la reciente implementación de la consejería asociativa. Esto permite generar condiciones para la viabilidad de dicha propuesta.

Un punto relevante se relaciona con la amplia valoración de la confidencialidad de las PVVIH, en tanto las instancias grupales pudieran vulnerar ese derecho básico. El planteamiento al respecto debiera contemplar la instalación de esta modalidad de GAM como instancias participativas que invitan a las PVVIH a incorporarse voluntariamente con posterioridad a una fase informativa que podría ser reforzada por los equipos asociativos y las agrupaciones. Junto a ello, es interesante contemplar el potencial de los GAM para contribuir a la evaluación de los sistemas de atención a PVVIH y a la revisión y diseño de las políticas en salud en estos temas, en especial en lo referido a la revisión y mejora de los sistemas de atención que implementan modalidades que conservan esquemas tradicionales, en el sentido de imponer distancia y pasividad hacia los usuarios, depositando la relevancia y la proactividad en el rol del profesional de salud.

- Sobre la paridad en la consejería

El valor de la paridad en el ámbito de la consejería entre pares es un recurso descubierto en la praxis y valorado por el personal de salud, que amerita su conservación como estrategia complementaria en la atención integral de las PVVIH, en particular frente a la posibilidad de contar con una instancia de contención y apoyo emocional con mayor tiempo y profundidad que la que permite la tradicional modalidad de atención biomédica breve, orientada al “diagnóstico- pronóstico e indicación de tratamiento”. El espacio de la consejería entre pares, en tanto permite profundizar en los aspectos de elaboración positiva de la situación crítica de asunción de la condición de PVVIH al acoplarse a los procesos internos de cada sujeto, amerita su perfeccionamiento como estrategia necesaria mediante el mejoramiento constante de instancias formales de monitoreo, acompañamiento, especialización de la formación y de sistematización de sus prácticas a nivel local y nacional. Esto, desde la consideración del/la consejero/a entre pares como PVVIH que paralelamente vive su proceso personal y cuyas capacidades y habilidades merecen especial atención bajo modalidades periódicas de acompañamiento, asesoría técnica, supervisión de casos y entrega de herramientas e instancias para su auto cuidado.

- Sobre la adherencia como un proceso de compromiso con el autocuidado de la salud.

En tanto proceso personal, resulta relevante comprender la particularidad- diversidad e individualidad de las pautas de adherencia en cada persona, lo que implica considerar dinámicas que resisten ser pauteadas, si bien a su base se encuentran elementos socioculturales comunes como son los fenómenos de estigma y discriminación, construcción de identidades de género, vulnerabilidad y derechos sexuales y reproductivos. Por tanto, la práctica de la consejería como conversación para el apoyo demanda la definición de ámbitos o dimensiones de contenido abordables según la

demanda del usuario, esto es, respetando y acogiendo los ritmos, tiempos, intensidades y profundidad de los procesos internos que cada sujeto desarrollará en el contexto de la asunción de su condición de PVVIH.

Para ello, las modalidades de acompañamiento para el refuerzo de la adherencia a TARV deben considerar una disposición de los/las consejero/as entre pares y de los/las consejero/as del personal de salud a poner entre paréntesis las propias construcciones, convicciones, expectativas y criterios psico-socioculturales sobre la condición de la PVVIH que atiende, para acceder y comprender la vivencia y procesos subjetivos de la persona apoyada, en particular sus modos de construcción de la realidad, sus convicciones y presupuestos acerca de su condición y de sus posibilidades de sobrevida y mejoramiento en términos de calidad de vida, sobre la base de contar con la información bio médica pertinente. Desde una perspectiva de autocuidado de la salud y mejoramiento de la calidad de vida, la posibilidad de aprendizaje y cambio de las PVVIH pasa por aceptar la invitación a revisar y dialogar con sus convicciones para así, con el aporte de los elementos e información de quien apoya, poder reconstruir sus presupuestos de modo coherente con su actual modo de vida y con las oportunidades de salud a su disposición.

- Sobre la naturaleza de los procesos de aprendizaje y cambio

De este modo, el desarrollo de la consejería como conversación para el apoyo implica asumir la promoción de un sujeto empoderado, capaz de fortalecerse en su capacidad de tomar decisiones autónomas, informadas y responsables para el mejoramiento de su calidad de vida. Desde el punto de vista de la política pública, ello demanda disponer su acompañamiento para asumir como protagonista de sus procesos de aprendizaje y cambio, que resultan más viables como recursos que permanecen y pueden seguir siendo fortalecidos en las personas. Ello, frente a una modalidad clásica de atención con énfasis informativo e indicativo de acciones en base a criterios externos al usuario, que no resuelven su pertinencia respecto de los sentidos con los que cada persona construye sus prioridades de salud y calidad de vida.

- Sobre la diversidad de las PVVIH atendidas y la necesidad de implementar estrategias pertinentes a cada población

En el mismo sentido, en virtud de su propio desarrollo como prestación, las modalidades actuales de consejería están siendo demandadas a especializar sus estrategias y modalidades de intervención para responder a los diferentes grupos vulnerables. En particular, la organización de una prestación específica para mujeres VVIH sería la principal brecha a llenar.

- Sobre los procesos de formación para el desarrollo de competencias

La práctica de la consejería demanda la determinación de un referencial de competencias específicas para el apoyo a PVVIH, desde una consideración de su diversidad de intereses, como requisito para seleccionar las metodologías y contenidos pertinentes a desarrollar con los/las consejero/as entre pares y con personal de salud.

Asimismo, implica establecer un modelo de articulación de los encargados de los procesos de formación que contemple una organicidad posterior orientada al acompañamiento, monitoreo, supervisión y perfeccionamiento en terreno, tanto a nivel local como en instancias regionales que agrupen sectores con características socio demográficas similares, donde se incorpore decididamente un espacio de intercambio de experiencias en modalidades conversacionales grupales semi estructuradas, que permitan relevar los emergentes significativos derivados de la práctica de los/las consejero/as entre pares y personal de salud, los que a su vez deben ser procesados como insumos y criterios técnicos en consejería a ser promovidos desde el nivel central de coordinación y formación. Esta perspectiva plantea la necesidad de modalidades participativas de construcción y gestión del conocimiento, sistematizables e integrables a dichas políticas.

Bajo esta perspectiva, el desarrollo de competencias en el ámbito de las habilidades conversacionales y las herramientas y técnicas comunicacionales debiera incorporar elementos teóricos y prácticos relativos al desarrollo experto de conversaciones de apoyo en el marco de la consejería, que consideren los aspectos estructurales-secuenciales de este tipo específico conversaciones así como las herramientas y técnicas a implementar en dicha estructura, en el campo de las habilidades comunicativas. Este abordaje teórico-práctico implica una consideración de la naturaleza de los procesos subjetivos de aprendizaje y cambio, de modo que cada instancia de acompañamiento contemple el despliegue de dichas competencias para favorecer en las personas la incorporación de procesos atingentes a sus características particulares en función de sus ritmos y tiempos personales ante los cambios internos que se pretende facilitar.

Un proceso de formación permanente como el descrito sugiere la posibilidad de establecer un sistema de acompañamiento sobre la base de conformar comunidades de práctica y de conocimiento, tanto en la perspectiva de la formación como de la sistematización de prácticas que nutran a las políticas públicas.

Santiago, Enero 2007.

6. BIBLIOGRAFÍA REVISADA

Arnold, M. (2004). “Introducción a las Epistemologías Sistémico/Constructivista” en Osorio, F. Ed. (2004): *Ensayos sobre Socioautopoiesis y Epistemología Constructivista.* Ediciones MAD. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Santiago de Chile.

Barrio Maestre, J.M. (sf). *Las bases gnoseológicas de las modernas teorías sobre el aprendizaje: una interpretación crítica del paradigma constructivista.* Disponible en red: http://www.mec.es/cide/innovacion/programas/iberoamerica/2002/ponencias/ponentes/jmbarrio/jmbarrio.pdf.

Bedia Collantes, M., M.ª I. Llorente García, M.ª T. Lucas Gómez, F. Serralta Zaragoza. Formación de Mediadores en Salud (VIH/SIDA) en un Centro Penitenciario. Rev. Española Sanid. Penit. 2002; 4: 10-17

Bettoni, A.; Cruz, A. "Voluntariado en América del Sur: perfiles, impacto y desafíos". V Conferencia Internacional de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector (ISTR). 7-10 de julio de 2002 – Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD). Montevideo, Uruguay. Junio 2002.

“BRIDGE Development – Gender”. Edición No. 11. Septiembre 2002.

Cáceres, Carlos. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1468-1485, nov-dez, 2004

Castro, M.; Palacios, R. Una experiencia de acompañamiento a dos Círculos de Análisis de la Práctica en la Región Metropolitana. Informe de Práctica en Psicología. U. de Chile- FLACSO, 2004.

Celedón Cariola, Carmen, Noé Echeverría, Marcela. PARTICIPACION Y GESTION EN SALUD. XII Concurso de Ensayos del CLAD “Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública”. Caracas, 1998

Chavero, J. (1999). “Capítulo II: Fundamentos Constructivistas” en *Hipermedia en Educación. El modo escritor como catalizador del proceso enseñanza-aprendizaje en la Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Disponible en red: http://med.unex.es/Docs/TesisChavero/Cap2.pdf

Escobar Riffo, Diego. LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Seminario de grado "Modernización y Desigualdad Social". Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. 2001.

Estudio Comparativo del Sector Sin Fines de Lucro (ESFL). Documento final. Antofagasta, Abril 2006.

Filgueiras, Sandra Lúcia, Suely Ferreira Deslandes. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):121-131, 1999

Fleury, Sonia. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales, INDES 2002.

Güezmes García, Ana. Prevención y atención integral a personas afectadas por el VIH/SIDA. En: Los consensos de El Cairo: Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC. Lima, 2003.

Héru J.L. La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement. Gaëtan Morin. Québec. 1994

Knobel H, Carmona A, López JL, Giméno JL, Saballs P, González A et al. Adherencia al tratamiento antiretrovira de gran actividad: impacto de una intervención de asesoramiento individualizado. Enferm Infecc Microbiol Clin 1999.

Kusunoki Fuero, Lourdes. ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH / SIDA. ForoSalud y Observatorio del Derecho a la Salud - CIES

Madrid, Antonio; El bienestar del voluntariado. Reflexiones en torno a la institucionalización de la colaboración social gratuita; en: Robles, José Manuel (comp.) El reto de la participación. Movimientos sociales y organizaciones. Machado Libros, Madrid, 2002.

Maldonado, G. (sf). *Paradigmas del Aprendizaje*. Disponible en red: http://vulcano.lasalle.edu.co/~docencia/propuestos/cursoev_paradig.htm

Malta Mónica, et al. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1424-1432, set-out, 2005.

SECÇÃO 2 / MELHORAR A QUALIDADE DA EDUCAÇÃO PELOS PARES. Manual para una formación pertinente de educadores de pares en VIH SIDA. Save the Children UK – Brasil, 2003.

Martínez Delgado, A. (1999). *Constructivismo radical, marco teórico de investigación y enseñanza de las ciencias* en Revista Enseñanza de las Ciencias 17(3), 493-502.

Martinic V., Sergio. La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina. Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 18 (Oct. 2000). Caracas.

Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. XIV edición (1998). Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

Maturana, H. (2000). *Transformación en la convivencia*. Dolmen Ediciones, Santiago de Chile.

Medina, J. (2003). "La deconstrucción o desaprendizaje: aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales". *Educare 21*. Disponible en red: http://enfermeria21.com/educare/educare01/ensenando/ensenando3.htm

Morales, G.; Pérez, J. C., Menares, M. A.: Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XII, Nº 1: Pág. 9-25. 2003.*

OIJ. "Situación legal del Voluntariado en Iberoamérica / Estudio comparado." Organización Iberoamericana de Juventud. 2001.

ONUSIDA. "De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)". Ginebra, Suiza. 1999

ONUSIDA "Foco de atención: El papel crucial de las personas que viven con el SIDA." Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2004
OPS. VALIDACION DE LA GUIA DE GÉNERO PARA LA PRUEBA Y CONSEJERÍA DE VIH DE LA OMS (Propuesta preliminar)

Osorio, F. Ed. (2004). *Ensayos sobre Socioautopoiesis y Epistemología Constructivista.* Ediciones MAD. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Santiago de Chile.

Osorio, R. (sf). *Aprendizaje y Desarrollo en Vigotsky.* Disponible en red: http://www.nodo50.org/sindpitagoras/Vigosthky.htm.

Parker, Richard et al. "Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina". Prevención de la transmisión del VIH. Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA (ABIA).

PNUD. "Esfera de Intervención del PNUD: Programas Intersectoriales. Síntesis de la experiencia adquirida." Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Evaluación. Nociones Esenciales, n°12, octubre de 2003.

Porlán, R. (1993). *Constructivismo y escuela.* Serie Fundamentos Nº4 Colección investigación y enseñanza. Diada Editora, Sevilla.

Singh, N., Squier C, Sivek C, WAGENER M, Hong Nguyen. “ Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with Human Immunodeficiency virus; prospective assessment with implicaiones for enhancing compliance.” AIDS CARE. 1996.

Teixeira, Paulo. Lucha contra el SIDA y Protección Social en América Latina y el Caribe. En: Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA. Actuales Desafíos y Perspectivas de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. Jens Holst (Editor). GTZ. 2005.

Tourette- Turgis C. Infection à V.I.H et trithérapies. Guide de Couseling.
Ed. Comment Dire. France. 1997

Tourette-Turgis C. Les études anglo-saxonnes sur l'observance. InfoTraitements (Numéro Spécial Observance). 1999

Tourette-Turgis C., Jaeger B. Travailler sur la relation de la personne à son traitement : comment gérer la contradiction entre la nécessité de se traiter et les effets secondaires des médicaments. Info Traitements (Numéro Spécial Observance). 1999

Tourette-Turgis C. Aide au patient : quelles stratégies ? Info Traitements (Numéro Spécial Observance). 1999

UNESCO; UN ENFOQUE CULTURAL DE LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN UNESCO/ONUSIDA. Colección especial de manuales metodológicos, N° 1. División de Políti cas Culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO, 2003.

Usieto, R. (Coordinador). Adherencia terapeutica y calidad de vida en la infeccion por VIH/SIDA. Ediciones CESA. Madrid.España. 2000

Viveiros de Carvalho, Cláudio et al. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):593-604, mar-abr, 2003.

VNU. "De Hecho: Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU)". En http://www.unvolunteers.org/ Documento de difusión. 2005

VNU. "De HECHO: Programa VNU y los Objetivos de Desarrollo del Milenio". En http://www.unvolunteers.org/ Documento de difusión. 2005

VNU. REPORTE FINAL Conferencia Internacional sobre Voluntariado & los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organizado por la Comisión Nacional para el Desarrollo Humano, El Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) y el Sistema de las Naciones Unidas en Pakistán. Islamabad, 5-7 Diciembre, 2004.

VNU. Reunión del grupo de trabajo de expertos sobre voluntariado y desarrollo social. Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU). Nueva York, 29-30 de noviembre, 1999.

Internet:

WWW. Commentdire. Fr

En la página : http://commentdire.fr/infotheque/cadreinfotheque.htm. Se encuentra toda la bibliografía relativa a la adherencia a los TARV.

7. ANEXOS

7.1 Pauta de entrevista para profesionales Equipo de Salud
7.2 Pauta de entrevista para Consejero/as entre pares
7.3 Pauta de entrevista grupal Equipo de Salud
7.4 Pauta de entrevista grupal Usuarios
7.5 Pauta de entrevista para Directivos
7.6 Pauta de entrevista para integrantes equipo coordinador
7.7 Cuestionario para usuarios de servicio de consejería entre pares
7.8 Instructivo para procedimiento de selección de muestra cuantitativa
7.9 Muestreo cuantitativo
7.10 Instructivo para encuestadores
7.11 Formulario de consentimiento informado
7.12 Pauta de observación lugares de prestación de consejería
7.13 Respaldo digital transcripciones de entrevistas
7.14 Respaldo digital tablas cuestionario

7.1 Pauta de entrevista para Coordinador Programa Consejería Asociativa desde el Equipo de Salud

GUÍA DE TEMAS PARA ENTREVISTA:
Coordinador Programa Consejería Asociativa desde el Equipo de Salud
Antecedentes del entrevistado : Profesión, años en el tema, en el programa VIH.
Dimensión: Equipo de Salud.

1. Número y tipo de profesionales que integran y participan el equipo que ejecuta el programa
2. Asignación de horas de las profesionales para la ejecución del programa.
3. Determinar el flujograma de atención estipulado para el programa; percepción de su pertinencia.
4. Existencia de instancias de análisis de casos.
5. Existencia y modalidad de abordaje interdisciplinario realizado por el equipo
6. Existencia de mecanismo de enfrentamiento de crisis (con los usuarios, al interior del equipo de salud, con los consejeros)
7. Disponibilidad de instancia formal de autocuidado profesional y/o como equipo de Salud
8. Principales barreras, facilitadores y lecciones aprendidas sobre el desempeño (aciertos, errores) de la labor del equipo de Salud.
9. Percepción de habilidades y competencias profesionales para el desempeño en el área; percepción de los integrantes del equipo en relación a las mismas

Dimensión: Usuarios.

10. Percepción respecto al perfil predominante del usuario del programa (refiere al programa del equipo de salud)
11. Perfil del usuario que se ha derivado a la consejería entre pares (refiere a la consejería, es para comparar si hay especificidad)
12. Motivos más frecuentes para derivación a consejería entre pares
13. Percepción de la actitud del usuario en la primera entrevista
14. Percepción de cambio de actitud del usuario a lo largo del proceso de relación con el equipo de salud; indagar sobre rol de la consejería entre pares en este mismo proceso (barreras, facilitadores)
15. Permanencia del vínculo (determinar si el usuario establece una relación bilateral frecuente con un miembro del equipo de salud o éste se establece indistintamente con cualquier profesional del equipo)
16. Percepción respecto de la adherencia de los usuarios al programa
17. Variables principales a las que atribuye el grado de adherencia de los usuarios al programa (indagar relación con consejería asociativa: complemento, superposición)
18. Percepción de la recepción de los usuarios al ser derivados a consejería asociativa.
19. Percepción de grado de información de los usuarios tienen respecto del programa, la temática del VIH/SIDA, las nociones de riesgo, autocuidado, prevención secundaria, entre otras (indagar programa de consejería asociativa)

20. Percepción de tipos de usuario que ofrecen mayores dificultades en el trabajo; (razones, características)
21. Existencia de modalidades de intervención con los familiares de usuarios PVVIH
22. Evaluación del impacto del programa de consejería entre pares en la relación entre los usuarios y sus familias.
23. Indagar la concepción del profesional sobre la calidad de vida en usuarios PVVIH
24. Percepción de utilidad principal del programa de consejería entre pares para los usuarios
25. Percepción del grado en que la consejería asociativa aporta al usuario un aumento en su nivel de conversaciones, destrezas y capacidades subjetivas.
26. Percepción de grado en que la consejería asociativa influye en un mejor régimen de autocuidado en el usuario, aumento del uso correcto y sostenido del condón y aumento en la ingesta constante de TARV
27. Percepción de influencia de la consejería asociativa en la mejora de la calidad de vida de los usuarios.

Dimensión: Red

28. Identificación de principales actores integrantes de la red de atención a PVVIH.
29. Percepción de la relación entre el equipo de salud y los integrantes de la red.
30. Percepción de principales fortalezas y debilidades de su trabajo en red.

Dimensión: Consejería Asociativa

31. Perfil de integrantes del Equipo de Consejería Asociativa
32. Criterios redefinición del encargado del representante desde salud para el equipo asociativo
33. Modos de definición de funciones
34. Percepción del equipo de salud respecto del programa de consejería asociativa (historia, desarrollo).
35. Opinión respecto del diseño del programa de consejería asociativa (nivel nacional, operacionalización de nivel local).
36. Opinión respecto de los 3 ejes y 21 contenidos de la consejería asociativa (pertinencia, vacíos, propuestas)
37. Percepción sobre funcionamiento del programa de consejería asociativa (modos de ingreso, derivaciones, criterios para definición de horas de atención consejería asociativa, calidad del clima de trabajo).
38. Percepción sobre capacitación recibida por los integrantes del equipo de consejería asociativa (pertinencia, calidad, demandas de información).
39. Percepción del grado y modalidades de coordinación entre los consejeros
40. Evaluación de principales fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas del trabajo en consejería asociativa.
41. Percepción de la relación entre diferentes integrantes del equipo de salud y consejeros entre pares: relaciones de superposición, complementariedad, legitimidad, sinergia
42. Indagar modalidades construidas para trabajo conjunto entre equipos de salud y consejeros entre pares: coordinaciones, instancias de análisis conjunto de casos,

entre otros; niveles y modalidades de articulación técnica y política, mecanismos de resolución de conflictos

43. Principales hitos del trabajo asociativo
44. Compromiso directivo con el modelo (agrupaciones y personal de salud)
45. Instancia de apoyo psicológico:
    a. ¿Participa Ud de las actividades de apoyo psicológico?
    b. ¿Dispone Ud de tiempo suficiente para asistir a esta instancia?
    c. ¿En qué medida esta instancia ha significado un apoyo personal y a su labor?
    d. ¿Cuáles han sido los aspectos, temas, información, competencias potenciados por esta instancia en que UD se ha sentido fortalecido en su labor como consejero?
    e. ¿Tiene comentarios o sugerencias para esta instancia?
46. Consensos técnicos construidos asociativamente
47. Modalidades de monitoreo y aprendizaje conjunto
48. Debilidades y fortalezas para el trabajo asociativo;
49. Instancias de coordinación de equipo: Equipo de consejería asociativa con equipo de atención VIH
    a. ¿Cómo evaluaría Ud la coordinación entre los equipos?¿En qué medida considera UD que los espacios de coordinación entre los equipos potencian y complementan sus propias intervenciones en consejería?
    b. ¿Dispone Ud de tiempo suficiente para estas actividades? Comentarios, observaciones
50. Percepción última de utilidad/no utilidad (percepción de validez del servicio para la integralidad del programa)
51. Opinión general sobre el modelo y su diseño
    a. ¿A su parecer el trabajo asociativo es efectivo para mejorar la calidad de vida de los usuarios?
    b. A su juicio, ¿qué elementos del diseño destaca como fortalezas del modelo y cuáles como aspectos a mejorar?
52. Demandas de aprendizaje y asistencia técnica emergentes del trabajo asociativo
53. Percepción de coordinación con el Equipo de Coordinación Operativa y el nivel central.
54. Percepción de la participación de la agrupación en la implementación del programa
55. Percepción sobre dinámicas de cogestión y control social implicadas en el trabajo asociativo con las agrupaciones
56. Percepción de la percepción que tienen los profesionales frente al programa en su conjunto.
57. Percepción respecto de la modalidad de financiamiento del programa (adecuación a realidad, posibles mejoras).
58. Percepción de modalidades de ejecución presupuestaria
59. Percepción de aspectos logísticos, administrativos del programa de consejería asociativa

7.2 Pauta de entrevista para Consejero/as entre pares

Pauta de Preguntas para Entrevista a Consejeras/os entre Pares

1. Antecedentes personales

- Datos personales: edad, nivel educativo
- Antigüedad en la agrupación, responsabilidades ocupadas
- ¿Tiene otro trabajo, tiene pensión?

2. Historia como integrante del proyecto asociativo

- ¿Hace cuánto tiempo participa del modelo de consejería asociativa?
- Cuándo y cómo supo del proyecto; cómo accedió al proyecto
- ¿Cuál es su principal motivación para integrar el programa de consejería asociativa?
- Antes de ingresar como consejero, ¿tenía experiencia previa como tal?
    - En caso de afirmación, ¿Cuál es la formación que Ud recibió?

3. Condiciones de ejercicio de la labor de consejero entre pares

- ¿Cuántas horas semanales dedica a la consejería? ¿Le parece adecuado?
- Considerar alguna pregunta en la línea de criterios utilizados para la definición de las horas.
- ¿Qué opinión tiene sobre las condiciones en que trabaja? (significado e importancia apoyo económico en total de ingresos, , infraestructura)
- ¿Cómo evalúa las instancias de apoyo técnico que tiene como consejero?
- ¿Cómo se siente tratado en tanto consejero por los distintos profesionales del equipo de salud y la agrupación local de PVVIH
- En el caso de enfrentar una(s) dificultad(es), ¿a qué instancia se dirige?

4. Opinión sobre el modelo asociativo y su operatividad

- Opinión general sobre el modelo y su diseño
    - ¿A su parecer el trabajo asociativo es efectivo para mejorar la calidad de vida de los usuarios?
    - A su juicio, ¿qué elementos del diseño destaca como fortalezas del modelo y cuáles como aspectos a mejorar?

- Opinión sobre funcionamiento general
    - Condiciones de infraestructura y de confidencialidad: ¿El lugar donde Ud realiza la consejería le parece adecuado, en relación a la privacidad, respeto de la confidencialidad, otro?
    - Condiciones de trato a PVVIH desde el sistema: ¿En qué medida cree UD que las personas que trabajan diariamente desde este modelo ofrecen las

condiciones para asegurar una atención con calidad y trato adecuados a las PVVIH atendidas?
    - Relaciones con equipo de salud
    - Fortalezas
    - Dificultades
    - Relaciones con consejeros (si corresponde)

- Opinión sobre la coordinación nacional y local
    - ¿Cómo ha sido su relación/participación con el equipo nacional y local del proyecto?

- Sobre el sistema de derivación
    - ¿Qué opinión tiene UD sobre el actual sistema de derivación de usuarios desde el equipo de salud a la consejería?
    - ¿Cómo ha operado la contraderivación desde Ud. al equipo de salud?
    - A su juicio, ¿qué criterios operan en esta derivación? ¿Qué opinión tiene sobre estos criterios? ¿ha participado en la definición de estos criterios?

- Instancias de coordinación de equipo de consejería asociativa con equipo de atención VIH
    - ¿Cómo evaluaría Ud la coordinación entre los equipos?
    - Percepción de la relación entre diferentes integrantes del equipo de salud y consejeros entre pares: relaciones de superposición, complementariedad, legitimidad, sinergia
    - ¿En qué medida considera UD que los espacios de coordinación entre los equipos potencian y complementan sus propias intervenciones en consejería?
    - ¿Dispone Ud de tiempo suficiente para estas actividades? Comentarios, observaciones
- Instancia de apoyo psicológico:
    - ¿Participa Ud. de las actividades de apoyo psicológico?
    - ¿Dispone Ud de tiempo suficiente para asistir a esta instancia?
    - ¿En qué medida esta instancia ha significado un apoyo personal y a su labor?
    - ¿Cuáles han sido los aspectos, temas, información, competencias potenciados por esta instancia en que UD se ha sentido fortalecido en su labor como consejero?
    - ¿Tiene comentarios o sugerencias para esta instancia?

5. Opinión respecto del modelo de consejería entre pares

- Sobre los objetivos de la consejería abordados en las 3 áreas y 21 líneas de acción
- Sobre el grado de aplicabilidad del modelo
- Observaciones sobre fortalezas y debilidades del modelo
- Sugerencias para mejorar el modelo

- ¿Cuál es su apreciación sobre la pertinencia y viabilidad de alcance de los objetivos que tiene el modelo de consejería entre pares que UD practica?
    - ¿Cuáles cree que son las más relevantes de abordar?
    - ¿Cree Ud. que algunas son menos relevantes o prescindibles de abordar?
    - ¿Cree Ud. que debieran incorporarse otras áreas o líneas de acción como temas de abordaje o motivos de derivación? ¿Cuáles?
    - En su experiencia como consejero, ¿ha contemplado la necesidad de abordar otras áreas o líneas de acción en las sesiones?

6. Experiencia en las Capacitaciones y actualizaciones sobre el Modelo

- ¿Participa Ud de las actividades de formación, de actualización, reforzamientos?
- ¿Dispone Ud de tiempo suficiente para todas estas actividades?
- ¿Qué opinión tiene de la calidad de los profesionales que impartieron los módulos de capacitación?
- A partir de su experiencia como consejero, ¿Qué temas, contenidos, información, competencias le han parecido más pertinentes en dichas capacitaciones? (lo mejor, lo más útil, lo menos útil, lo que se debe mejorar)
- ¿Qué opinión tiene de los materiales educativos y otros sistemas de información utilizados en la formación del consejero?
- A partir de su experiencia como consejero, ¿Qué temas, contenidos, información, competencias le parece que es necesario incorporar o reforzar en dichas instancias de formación?

7. Experiencia personal vivida como consejero

- Percepción sobre usuarios:
    - ¿En qué medida cree UD que los usuarios se sienten apoyados por la consejería?
    - ¿Cómo percibe UD que ha sido desde los usuarios la disposición y el grado de asimilación/aplicación del apoyo e información entregada? (Tener en consideración que dependerá de si han tenido continuidad en una segunda sesión, a menos que el usuario sea parte de una agrupación y comparta otros espacios con personas que han recibido Consejería).
    - ¿En qué medida cree UD que las PVVIH atendidas se sienten satisfechas con la atención brindada en el marco del modelo asociativo?

- Reporte sobre el propio estado motivacional y anímico en su historia como consejero entre pares
- Principales aprendizajes como consejero

8. Evaluación del propio desempeño

- ¿Cómo evaluaría Ud su desempeño como consejero(a)?
- ¿Se siente Ud valorado, reconocido por su labor de consejero(a)? (indagar por distintos profesionales del equipo de salud, usuarios, pares)
- ¿Cuál es su motivación actual para realizar esta labor? ¿Cuál es el significado más importante de su rol de consejero?
- Sobre el diseño de la consejería entre pares implementado y aplicado por el consejero entrevistado:
  - Sobre el diseño y el número de sesiones:
  - ¿Cuántas sesiones ha realizado en promedio en consejería con un usuario?
  - ¿Puede describir en términos generales el diseño de la consejería que UD implementa con un usuario cuando UD desarrolla:
    1 sesión
    2 sesiones
    3 sesiones
    4 sesiones
  - Sobre los criterios de continuidad o término de las sesiones
    - ¿Puede describir en términos generales los criterios de término o continuidad de la consejería que UD aplica con un usuario cuando UD desarrolla:
      1 sesión
      2 sesiones
      3 sesiones
      4 sesiones

  - Apreciación general sobre habilidades, competencias y herramientas que UD considera que ha desarrollado en relación a la capacitación recibida:
    - Capacidad para establecer vínculos de apoyo efectivos
    - Capacidad de conversación para un apoyo pertinente y efectivo
    - De aplicación de técnicas, habilidades y herramientas (capacitación CONASIDA- VIVO POSITIVO)
    - De la actitud y disposición general hacia usuarios: respeto, tolerancia a la diversidad

  - Manejo de contenidos en las 3 áreas y 21 líneas de acción
    - ¿En qué medida cree UD que domina y maneja la información referida a las áreas y líneas de acción abordadas en consejería? Reporte sobre áreas y líneas de mayor y menor dominio

  - Evaluación específica del propio desempeño conversacional respecto de las 21 líneas de acción:
    - En su práctica, ¿cuáles de las líneas de acción ha debido UD abordar con mayor recurrencia?
    - Descripción general y ejemplificación por parte del consejero de la modalidad empleada para abordar las líneas mencionadas

- Necesidades actuales de capacitación
- Dificultades en el desempeño: En su labor de consejero(a), ¿cuáles son las dificultades que Ud ha tenido? Alternativas posibles:
    - No lograr una adecuada contención emocional en la situación de intervención en crisis
    - Sentirse preocupado/ no tener buen manejo frente a situaciones críticas o de riesgo vital (ej: ideación suicida del usuario)
    - No generar una relación de confianza
    - No encontrar las palabras adecuadas
    - No poder responder algunas preguntas
    - No sentirse a gusto con el usuario (por su aspecto, su indiferencia, otro)
    - No estar de acuerdo/sentirse incómodo con las preferencias/prácticas sexuales del usuario
    - No contar con material de apoyo (Folletos, trípticos, otros materiales)
    - No tener suficientes preservativos disponibles
    - No haber logrado el objetivo de la sesión:
    - Otras
- Necesidades de aprendizaje, desafíos personales como consejero

9. Perspectiva a futuro como consejero

- ¿Cómo se proyecta UD en su labor de consejero? Motivos

7.3 Pauta de temas para entrevista grupales gestores (Presidentes Agrupaciones PVVIH; Coordinadores Equipos de salud; Coordinadores Consejeros)

- Breve historia del programa local de consejería asociativa
- Perfil Integrantes (criterios para definición de representantes de la entidad)
- Niveles y modalidades de articulación técnica y política
    - Modos de definición de funciones: relaciones de complementariedad, superposición; nivel de legitimación al interior de la entidad
    - Modalidades de articulación
    - Estrategias de derivación y contraderivación
    - Mecanismos de resolución de conflictos
    - Calidad de clima de trabajo asociativo
    - Sistemas de comunicación interna
    - Modalidades de ejecución presupuestaria; aspectos logístico-administrativos
- Principales hitos del trabajo asociativo
- Consensos técnicos construidos asociativamente
- Modalidades de monitoreo y aprendizaje conjunto
- Percepción sobre dinámicas de cogestión y control social implicadas en el trabajo asociativo
- Percepción de equipo nacional y coordinación operativa
- Compromiso institucional con el modelo (agrupaciones y personal de salud)

- Percepción de sostenibilidad del modelo
- Tema impactos: percepción de valor/no valor de la estrategia de consejería asociativa: significado para el mejoramiento de calidad de vida de PVVIH
- Percepción de aporte de la consejería asociativa a la política pública en salud
- Debilidades, fortalezas y lecciones aprendidas derivadas de la implementación del modelo de trabajo asociativo
- Demandas de aprendizaje y asistencia técnica emergentes del trabajo asociativo
- Principales desafíos para el trabajo asociativo

7.4 Pauta de temas para entrevista grupal Usuarios

- Percepción general sobre el programa de consejería asociativa
- Percepción usuaria sobre calidad de atención (tanto en programa de salud como consejería entre pares):
    - Articulación profesionales de la salud y consejeros entre pares
    - Calidad de espacios
    - Trato, construcción de vínculo
    - Eficacia
    - Percepción de principal diferencia entre los 2 equipos
    - Impacto percibido sobre la propia conducta

- Percepción usuaria sobre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de tratamientos, fármacos y condones.
- ¿Ha percibido cambios en el programa VIH después de la instalación del programa de asociativa?
- Percepción usuaria de la consejería como campo de fortalecimiento de capacidades propias
- Principal aporte del servicio de consejería asociativa al mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios
- Principales dificultades observadas en el servicio de consejería asociativa
- Principales sugerencias de mejora para el sistema
- Principales demandas al servicio de consejería asociativa

7.5 Pauta de temas para entrevista para Directivos Hospitales

Antecedentes del entrevistado: Profesión, años en el cargo.

- Conocimiento y percepción del programa de consejería asociativa
- Percepción de barreras y facilitadores para el trabajo asociativo
- Percepción del marco de la reforma respecto del trabajo colaborativo equipos de salud-comunidad
- Percepción de aspectos logísticos, administrativos del programa de consejería asociativa
- Percepción de los procesos de participación en salud

7.6 Pauta de temas de entrevista para integrantes Equipo Coordinador Nacional

Antecedentes del entrevistado: Profesión, años en el tema, en el programa VIH.

- Breve historia del programa de consejería asociativa
- Niveles y modalidades de articulación técnica y política
- Perfil Integrantes
- Modos de definición de funciones en la realidad local
- Modalidades de articulación
- Estrategias de derivación
- Mecanismos de resolución de conflictos
- Calidad de clima de trabajo asociativo
- Sistemas de comunicación interna
- Modalidades de ejecución presupuestaria
- Percepción de aspectos logísticos, administrativos del programa de consejería asociativa
- Principales hitos del trabajo asociativo
- Compromiso directivo con el modelo (agrupaciones y personal de salud)
- Consensos técnicos construidos asociativamente
- Modalidades de monitoreo y aprendizaje conjunto
- Debilidades, fortalezas y lecciones aprendidas en materia de trabajo asociativo
- Demandas de aprendizaje y asistencia técnica emergentes del trabajo asociativo
- Principales desafíos para el trabajo asociativo
- Percepción de los procesos de participación en salud

7.7 Pauta de temas para entrevista individual a Presidentes Agrupaciones PVVIH

Antecedentes del entrevistado: Ocupación, años en el tema, años en la responsabilidad directiva

- Cómo se incorpora la Agrupación al programa de consejería asociativa
- Criterios para definición de representantes de la entidad
- Niveles y modalidades de articulación técnica y política
    - Modos de definición de funciones: relaciones de complementariedad, superposición; nivel de legitimación al interior de la entidad
    - Modalidades de articulación
    - Estrategias de derivación y contraderivación
    - Mecanismos de resolución de conflictos
    - Calidad de clima de trabajo asociativo
    - Sistemas de comunicación interna
    - Modalidades de ejecución presupuestaria; aspectos logístico-administrativos
- Principales hitos del trabajo asociativo
- Consensos técnicos construidos asociativamente
- Modalidades de monitoreo y aprendizaje conjunto

- Percepción sobre dinámicas de cogestión y control social implicadas en el trabajo asociativo
- Percepción de equipo nacional y coordinación operativa
- Compromiso institucional con el modelo (desde la agrupación)
- Percepción de sostenibilidad del modelo
- Percepción del aporte de la estrategia de consejería asociativa para el mejoramiento de calidad de vida de PVVIH;
- Percepción del aporte de la consejería asociativa para el propio rol de la agrupación en el mejoramiento de la calidad de vida de las PVVIH
- Debilidades, fortalezas y lecciones aprendidas derivadas de la implementación del modelo de trabajo asociativo; sugerencias de mejoramiento
- Demandas de aprendizaje y asistencia técnica emergentes del trabajo asociativo
- Principales desafíos políticos y técnicos para el trabajo asociativo

7.8 Pauta de temas para entrevista individual a Encargado Programa VIH/SIDA Servicio de Salud

Antecedentes del entrevistado: Profesión, años en el tema, en el programa VIH.

- Cómo se incorpora la entidad al programa de consejería asociativa
- Criterios para definición de representantes de la entidad
- Niveles y modalidades de articulación técnica y política
    - Modos de definición de funciones: relaciones de complementariedad, superposición; nivel de legitimación al interior de la entidad
    - Modalidades de articulación
    - Estrategias de derivación y contraderivación
    - Mecanismos de resolución de conflictos
    - Calidad de clima de trabajo asociativo
    - Sistemas de comunicación interna
    - Modalidades de ejecución presupuestaria; aspectos logístico-administrativos
- Principales hitos del trabajo asociativo
- Consensos técnicos construidos asociativamente
- Modalidades de monitoreo y aprendizaje conjunto
- Percepción sobre dinámicas de cogestión y control social implicadas en el trabajo asociativo
- Percepción de equipo nacional y coordinación operativa
- Compromiso institucional con el modelo (desde el Programa)
- Percepción de sostenibilidad del modelo
- Percepción del aporte de la estrategia de consejería asociativa para el mejoramiento de calidad de vida de PVVIH;
- Percepción del aporte de la consejería asociativa para el propio trabajo del programa de VIH/SIDA
- Debilidades, fortalezas y lecciones aprendidas derivadas de la implementación del modelo de trabajo asociativo; sugerencias de mejoramiento
- Demandas de aprendizaje y asistencia técnica emergentes del trabajo asociativo

- Principales desafíos políticos y técnicos para el trabajo asociativo

7.9 Pauta de Temas Entrevista Individual Usuario Programa Consejería

- ¿Cómo se enteró del programa de consejería asociativa? ¿Quién lo derivó?
- Percepción general sobre el programa de consejería asociativa
- Percepción usuaria sobre calidad de atención (tanto en programa de salud como en consejería entre pares):
    - Articulación profesionales de la salud y consejeros entre pares
    - Calidad de espacios
    - Trato, construcción de vínculo
    - Eficacia
    - Impacto percibido sobre la propia conducta
    - Percepción de principal diferencia entre los 2 equipos

- Percepción sobre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de tratamientos, fármacos y condones.
- ¿Ha percibido cambios en el programa VIH después de la instalación del programa de asociativa?
- Percepción de la consejería como campo de fortalecimiento de capacidades propias
- Tema deserción y/o intermitencia en la asistencia a consejería asociativa: razones, modos de revinculación
- Principal aporte del servicio de consejería asociativa al mejoramiento de la calidad de vida del usuario
- Percepción Agrupación local PVVIH: situación personal de afiliación/no afiliación
- Principales dificultades observadas en el servicio de consejería asociativa
- Principales sugerencias de mejora para el sistema
- Principales demandas al servicio de consejería asociativa

7.10 Cuestionario para usuarios de servicio de consejería entre pares

ESTUDIO DE EVALUACIÓN PROGRAMA DE CONSEJERÍA ASOCIATIVA

CONASIDA – VIVO POSITIVO
INVESTIGACIÓN REALIZADA POR LA FUNDACIÓN FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE - MEDICIÓN 2006

FECHA		

CUESTIONARIO N°

Folio identificador del entrevistado		
Región		Código
Centro de Atención Integral VIH (Hospital)		Código
Nombre del/la consejero/a		

CLASIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO

A.- EDAD		**B. SEXO**	HOMBRE	1
			MUJER	2

C.- EDUCACIÓN ¿Cuál es el último curso aprobado en la educación formal?	CURSO	TIPO			
		No sabe leer ni escribir	1	Centro de Formación Técnica	4
		Básica	2	Instituto Profesional	5
		Media	3	Universidad	6

ENTREVISTADOR	**SUPERVISOR**	**REVISOR**
OBSERVACIONES		
	RESULTADO SUPERVISIÓN Aprobada Nula Otro	RESULTADO EDICIÓN / REVISIÓN Aprobada Nula Otro

	1 0 2	1 0 2

Coloca un círculo en la alternativa que corresponda.
Llena las líneas de punto con letra legible.
Coloca el número del cartón en la pregunta que corresponda.

Buenos días/tardes. Estamos haciendo una encuesta para conocer la opinión general de los/as usuarios/as respecto al programa de consejería o servicio de consejería asociativa. El cuestionario se aplicará a algunas personas. Su opinión es muy importante dado que representará la de muchos/as otros/as que no serán entrevistados/as. Nos gustaría contar con su colaboración, para lo cual sólo debe responder algunas preguntas. Sus respuestas serán anónimas y serán tratadas de manera absolutamente confidencial.

Preg.1.1- ¿Usted participa en alguna agrupación de personas viviendo con VIH en la actualidad?		
Sí		1
No	Pase a la Preg. 1.2	2
NS/NR	Pase a la Preg. 1.2	9

Preg.1.1.1.- ¿En qué agrupaciones participa UD. en la actualidad?	
1° Agrupación	
2° Agrupación	
3° Agrupación	

Preg.1.1.2.- ¿Qué cargos ocupa UD. en dicha(s) agrupación(es) en la actualidad?	
1° Agrupación	
2° Agrupación	
3° Agrupación	
Ningún Cargo	76

Preg.1.2.- ¿Y, Usted participaba en alguna agrupación de personas viviendo con VIH antes de Julio del 2005?		
Sí		1
No	Pase a la Preg. 2.1	2
NS/NR	Pase a la Preg. 2.1	9

Preg.1.2.1.- ¿En qué agrupaciones participaba UD antes de Julio del 2005?	
1° Agrupación	
2° Agrupación	
3° Agrupación	
En las mismas agrupaciones	77

Preg.1.2.2.- ¿Qué cargos ocupa UD. en dicha(s) agrupación(es) ?	
1°Agrupación	
2°Agrupación	
3°Agrupación	
Ningún Cargo	76
Ocupaba los mismos cargos	77

Preg.2.1- ¿En qué fecha, usted fue notificado que vivía con VIH?	
Mes	Año

Preg.2.2- ¿En qué fecha, usted ingreso al programa VIH?	
Mes	Año

Preg.3.- ¿Conocía la existencia del programa de consejería entre pares, antes de ser derivado a él?		
Sí		1
No	Pase a la Preg. 4	2
NS/NR	Pase a la Preg. 4	9

Preg.3.1.- ¿De qué maneras se informó usted, la primera vez, de la existencia del programa de consejería entre pares?	
Afiches	1
Conversaciones previas con el equipo de salud	2
Consejeros/as	3
Otros/as Usuarios/as	4
Integrantes de la agrupación de PVVIH de mi región	5
Otros ¿Cuál?	
NS/NR	99

Preg.4.- ¿Con quiénes ha conversado sobre la existencia del programa de consejería entre pares?		
Integrantes del Equipo de Salud		1
Pareja		2
Amigos		3
Conocidos		**4**
Integrantes de una Agrupación de PVVIH ¿Cuál?	Código	5
Familia		6
Otros/as Usuarios/as del programa de consejería		7
Nadie		8
Otros ¿Cuál?		
NS/NR		99

Preg.5.- A continuación le mostraré y nombraré una serie de temas concernientes al servicio de consejería asociativa, quisiera saber, ¿Sobre qué temas le han conversado - informado desde el equipo de salud, excluyendo en este caso a los consejeros entre pares?. (MOSTRAR TARJETA 1)					
Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público	1	Preparación de inicio del tratamiento.	8	Vías de Transmisión	15
Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 – Viral)	2	Reporte de posibles efectos adversos derivados del TARV al equipo tratante.	9	Sexualidad – Vida Sexual	16
Alimentación Saludable	3	TARV y Calidad de Vida	10	Uso correcto del condón	17
Apoyo emocional	4	Promoción de asistencia y participación en los controles médicos	11	Prevención de ITS/ETS	18
Hábitos higiénicos	5	Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales	12	Uso correcto de lubricantes para condones	19
Consumo de sustancias (alcohol y drogas)	6	Acceso a información sobre TARV	13	Readquisición del VIH e impacto en el tratamiento	20
Derechos de las PVVIH	7	Preparación para el cambio de terapias	14	Prevención de la transmisión vertical	21

Preg.6.- ¿Con qué personas del equipo de salud ha conversado – se ha informado sobre los temas que anteriormente me nombró? Por favor, nómbrelas en orden de frecuencia de la conversación, es decir, la primera persona será aquella con la que más ha conversado y así sucesivamente.	
1.- Médico Tratante	
2.- Enfermera/o	
3.- Matrona	
4.- Psicólogo	
5.- Asistente Social	
6.- Químico Farmacéutico	
7.- Nutricionista	
8.- Otros ¿Cuál?	
NS/NR	9

Preg.7.- ¿De qué manera UD. se contacto la primera vez con el/la consejero/a entre pares? (Nombrar Alternativas? (Contextualice la pregunta con el nombre del consejero)		
Demanda espontánea (Iniciativa propia) Aplicar Módulo B	1	
Contactado por el consejero Aplicar Módulo C	2	
¿Dónde?	Código	
Derivación del equipo de salud (Médico, Enfermera, Asistente Social) Aplicar Módulo A	3	
NS/NR	9	

Preg.8.- ¿Y después de la primera vez, quisiera saber si vivió una de las siguientes situaciones, hasta julio del 2005? (Nombrar Alternativas?), (Marque todas las que correspondan)	
Por iniciativa propia he ido a ver al/la consejero/a para conversar temas relativos a consejería. Aplicar Módulo B	1
He sido contactado por el/la consejero/a para conversar temas relativos a consejería. Aplicar Módulo C	2
He sido derivado por el equipo de salud (Médico, Enfermera, Asistente Social) para conversar con el/la consejero/a. Aplicar Módulo A	3
No he vuelto a ser contactado	4

Preg.9.- ¿Cuántas sesiones, reuniones en total ha tenido con el/la consejero/a entre pares considerando hasta julio de 2005? (Cuántas veces se ha reunido usted con el/la consejero/a en el hospital, para hablar temas de consejería)	

MÓDULO A

Este módulo lo contestan las personas que declaran que se han contactado con el/la consejero/a a través de la derivación.

Este conjunto de preguntas es aplicable a personas que han sido derivadas por el equipo de salud.	
Preg.10.1.-¿Cuántas veces ha sido derivado, enviado a la consejería entre pares desde el equipo de salud, considerando hasta julio del 2005	

Preg.10.2.- ¿Quiénes del equipo de salud, lo han derivado a las sesiones de consejería?	
Médico Tratante	1
Enfermera/o	2
Matrona	3
Psicólogo/a	4
Asistente Social	5
Químico Farmacéutico	6
Nutricionista	7
Auto derivación	8
Otros ¿Cuál?	
NS/NR	99

Preg.10.3.- ¿En qué fecha, usted fue derivado por primera vez a la consejería entre pares? (Una persona del equipo de salud le entrego un papel que lo enviaba al consejero)	
Mes	Año

Preg.10.4.- Hablemos de su primera derivación, ¿Cuántas sesiones tuvo con el/la consejero/a entre pares?	
(Si la persona ha sido derivada una sola vez, al contestar esta pregunta pase a la pregunta 10.7)	

Preg.10.5.- Ahora hablemos de su segunda derivación,¿Cuántas sesiones tuvo con el consejero entre pares?	
(Si la persona ha sido derivada dos veces, al contestar esta pregunta pase a la pregunta 10.7[DY3])	

Preg.10.6.- Y por último, hablemos de la tercera derivación,¿Cuántas sesiones tuvo con el/la consejero/a entre pares?	

Preg.10.7. Quisiera conocer su apreciación sobre el proceso de derivación, es decir, el momento en que usted fue enviado por el equipo de salud a hablar con el/la consejero/a entre pares. Para ello, le nombraré una serie de características, por favor, evalúelas usando una alternativa de las siguientes escalas (Mostrar Tarjeta 2) NO SE ESTÁ EVALUANDO AL CONSEJERO

	Muy Claras (5)	Claras (4)	Medianamente Claras (3)	Poco Claras (2)	Nada Claras (1)
Las razones entregadas por el equipo de salud para su derivación fueron …					
Las instrucciones para acceder al lugar donde se encontraba el consejero fueron …					
	Muy adecuado (5)	Adecuado (4)	Medianamente Adecuado (3)	Poco Adecuado (2)	Nada Adecuado (1)
El horario en que fue citado la primera vez fue …					
El tiempo transcurrido entre su derivación y la primera sesión fue …					

MÓDULO B
Este módulo lo contestan las personas que declaran que se han contactado con el consejero por iniciativa propia.

Esta pregunta es aplicable a personas que han llegado a consejería por demanda espontánea.
Preg.11.-¿Cuántas veces por iniciativa propia UD. contactó al consejero, considerando hasta julio del 2005?

MÓDULO C
Este módulo lo contestan las personas que declaran que el/la consejero/a lo contactó.

Esta pregunta es aplicable a personas que han sido contactados por el/la consejero/a.
Preg.12.-¿Cuántas veces UD. ha sido contactado por el/la consejero/a?, considerando hasta julio del 2005?

Preg.13.- ¿Alguna vez no ha podido asistir a una sesión que ha sido programada con anterioridad con el/la consejero/a?		
Sí ¿Cuál es la razón?	1	(Código)
No	2	
NS/NR	9	

Preg.14.- ¿Me podría señalar en qué lugares ha sido atendido por el consejero?, (por ejemplo, box de atención, sala de enfermería, entre otros)
1.-
2.-
3.-

P15. Quisiera conocer su apreciación respecto del/los lugar/es donde fue atendido, para ello le nombraré una serie de características, por favor, evalúe cada una usando una escala de 1 a 7 donde: 1= Pésimo, ó 7=Excelente (Mostrar Tarjeta 3)

	1°Lugar	2°Lugar	3°Lugar
Comodidad			
Privacidad			
Orden			
Amplitud del lugar			
Ventilación			
Facilidad de acceso al lugar			

Preg.16.- ¿Cuántos/as consejeros/as diferentes le[DY4] han atendido hasta julio de 2005?	

Preg.16.1- ¿Podría señalarme qué consejeros/as le han atendido hasta julio de 2005?
1.-
2.-
3.-
4.-

P17. Quisiera conocer su apreciación sobre los consejeros que le han atendido en el período señalado, para ello le nombraré una serie de características, por favor, evalúe a cada consejero/a usando una escala de 1 a 7 donde: 1= Pésimo, ó 7=Excelente (Mostrar Tarjeta 3)

	1° Consejero/a	2° Consejero/a	3° Consejero/a
El/la consejero/a fue respetuoso			
El/la consejero/a me escuchó con atención			
El/la consejero/a se dio a entender.			
El/la consejero/a se explicó con claridad			
El/la consejero/a se dio el tiempo necesario para atenderme.			
El/la consejero/a aclaró mis dudas.			
El/la Consejero/la me dio apoyo emocional			

Preg. 18.- Recordemos, ¿Sobre qué temas conversó con el/la o los/las consejeros/as?

Preg.19.- En el mismo ámbito, utilizando esta ayuda, le mostraré y nombraré una serie de temas. Al respecto, quisiera saber ¿Sobre qué temas conversó con el/la o los/las consejeros/as? (MOSTRAR TARJETA 1)

Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público	1	Preparación de inicio del tratamiento.	8	Vías de Transmisión	15
Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 – Viral)	2	Reporte de posibles efectos adversos derivados del TARV al equipo tratante.	9	Sexualidad – Vida Sexual	16
Alimentación Saludable	3	TARV y Calidad de Vida	10	Uso correcto del condón	17
Apoyo emocional	4	Promoción de asistencia y participación en los controles médicos	11	Prevención de ITS/ETS	18
Hábitos higiénicos	5	Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales	12	Uso correcto de lubricantes para condones	19
Consumo de sustancias (alcohol y drogas)	6	Acceso a información sobre TARV	13	Readquisición del VIH e impacto en el tratamiento	20
Derechos de las PVVIH	7	Preparación para el cambio de terapias	14	Prevención de la transmisión vertical	21

		(Se interroga sólo los ámbitos que han tenido impacto) Mostrar Tarjeta 4	
Preg.20.- En los siguientes ámbitos ¿Ha tenido impacto la consejería entre pares en el mejoramiento de su calidad de vida?. (Si declara que ningún ámbito ha tenido impacto, pase a la pregunta (PREG.21[DY5].)		Preg.20.1.- Al cabo de su participación en las sesiones de consejería entre pares, ¿Cómo estima su situación respecto a los ámbitos que han tenido impacto en su calidad de vida?:	Preg.20.2.- Respecto de los siguientes ámbitos de mejoramiento de su calidad de vida ¿Cómo estima la importancia de la consejería entre pares?:
	1.- Sí 2.- No	1.- Ha mejorado/Aumentado 2.- Ha permanecido o igual 3.- Ha empeorado/Disminuido	1.- Alta 2.- Media 3.- Baja
Capacidad para conversar sobre mi sexualidad			
Capacidad para elaborar, asumir, madurar, incorporar mi condición de PVVIH			
Adherencia al tratamiento			
Uso del preservativo en las relaciones sexuales			
Nivel de información sobre estrategias de autocuidado para PVVIH			

Preg.21.-¿Cómo estima el nivel de complementariedad existente entre el equipo de salud y el consejero entre pares, respecto de los contenidos tratados?	
Alto	1
Medio	2
Bajo	3
NS/NR (Pase a la pregunta 22	9

Preg.21.1.- ¿Por qué?	
	Código

Preg. 22.- En su opinión, ¿Cuáles han sido los principales beneficios que le han traído las sesiones de consejería?

Preg. 23.- ¿Qué elementos le agregaría a las sesiones de consejería en función de mejorarlas?

A continuación le voy a leer algunas frases relacionadas con la consejería entre pares, para las cuales quiero que me diga cuán de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de ellas. Para contestar, utilice una escala de 1 a 7. [DY6]Donde 1 significa muy en desacuerdo y 7 significa muy de acuerdo (Mostrar Tarjeta 5).

		Muy en desacuerdo						Muy de Acuerdo
24.1.-	La consejería entre pares es un espacio de acogida	1	2	3	4	5	6	7
24.2.-	La consejería entre pares es un trámite innecesario	1	2	3	4	5	6	7
24.3.-	La consejería entre pares es un espacio de información	1	2	3	4	5	6	7
24.4.-	En la consejería entre pares me hablaron de cosas que yo ya sabía	1	2	3	4	5	6	7
24.5.-	En la consejería entre pares pude hablar de temas que con el equipo de salud no puedo hablar.	1	2	3	4	5	6	7
24.6.-	La consejería entre pares no me aportó nada nuevo.	1	2	3	4	5	6	7
24.7.-	La consejería entre pares me ha permitido entender mejor el funcionamiento del programa VIH	1	2	3	4	5	6	7
24.8.-	El consejero es una persona que muestra preparación en los temas que conversamos	1	2	3	4	5	6	7
24.9.-	Mis habilidades de autocuidado no han mejorado sustancialmente con la consejería	1	2	3	4	5	6	7

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

TARJETAS

TARJETA 1 TEMAS DE CONVERSACIÓN					
Funcionamiento del programa de atención a PVVIH en el sistema público	1	Preparación de inicio del tratamiento.	8	Vías de Transmisión	15
Orientación sobre exámenes de monitoreo (CD4 – Viral)	2	Reporte de posibles efectos adversos derivados del TARV al equipo tratante.	9	Sexualidad – Vida Sexual	16
Alimentación Saludable	3	TARV y Calidad de Vida.	10	Uso correcto del condón	17
Apoyo emocional	4	Promoción de asistencia y participación en los controles médicos.	11	Prevención de ITS/ETS	18
Hábitos higiénicos	5	Hábitos relacionados con la ingesta cotidiana de fármacos antiretrovirales	12	Uso correcto de lubricantes para condones	19
Consumo de sustancias (alcohol y drogas)	6	Acceso a información sobre TARV	13	Readquisición del VIH e impacto en el tratamiento	20
Derechos de las PVVIH	7	Preparación para el cambio de terapias	14	Prevención de la transmisión vertical.	21

TARJETA 2 – ESCALA		
1	Nada Claras	Nada Adecuado
2	Poco Claras	Poco Adecuado
3	Medianamente Claras	Medianamente Adecuado
4	Claras	Adecuado
5	Muy Claras	Muy Adecuado

TARJETA 3 – ESCALA EVALUATIVA ESCOLAR	
1	Deplorable
2	Muy malo
3	Malo
4	Suficiente
5	Bueno
6	Muy Bueno
7	Excelente

TARJETA 4 – ESCALA		
1	Ha mejorado/Aumentado	Alta
2	Ha permanecido o igual	Media
3	Ha empeorado/Disminuido	Baja

TARJETA 5 – ESCALA	
1	Muy en desacuerdo
2	Desacuerdo
3	Poco en desacuerdo
4	Ni Acuerdo/ Ni en Desacuerdo
5	Poco de acuerdo
6	De Acuerdo
7	Muy de Acuerdo

7.8 Instructivo para procedimiento de selección de muestra cuantitativa

REGLAS DE CONTACTO PARA USUARIOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA

Estas reglas tienen como objetivo establecer los parámetros de acceso hacia las personas seleccionadas para responder el cuestionario en el estudio de evaluación de consejeros entre pares. Están destinadas a los profesionales de los equipos de salud que facilitarán el contacto con los usuarios.

1) Ud. recibirá una lista total de usuarios en formato Excel con los siguientes campos:

- Región
- Unidad
- Consejeros
- Sexo del usuario
- Código
- Nombre
- Orden de Selección

	A	B	C	D	E	F	G
1	REGIÓN	UNIDAD	CONSEJERO	SEXO DEL US	CODIG	NOMBRE	ORDEN DE SELECCIO
2	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	VZM3011	Víctor Zepeda	1
3	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	JGR2809	José	2
4	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	ACC0308	Álex Cortés	3
5	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	NGC0512	Nick Gallardo	4
6	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	LMA1610	Luis M.	5
7	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	RRC0112	Román	6
8	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	PMC0602	Sergio M.	7
9	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	JNS1305	Andrés	8
10	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	ASP1008	Agustín	9
11	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	WRC0903	Wladimir Ramires	10
12	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	JSV0703	Mauricio	11
13	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	SVR0111	Santo	12
14	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	MEV2901	Daniel	13
15	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	LRC2210	Luis Rivera	14
16	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Hombre	RHC1112	Ricardo Hidalgo	15
17	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	FRB3107	Fanny Rojas	1
18	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	KCO0612	K.C.	2
19	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	CBM0412	Claudia	3
20	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	MMM1801	María Medina	4
21	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	MMZ1009	María	5
22	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	YCC2911	Yanet	6
23	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	ATT1011	Alicia Tapia	7
24	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	ATB1404	Alejandrina	8
25	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	KVM0607	Paty	9
26	Cuarta	CETS Hospital de La Serena	José Jaime	Mujer	NMR2709	Nancy Manríquez	10

2) La lista de usuarios está desagregada por sexo e identifica al consejero que realizó la prestación. Basándonos en la figura, la lista representa al consejero José Jaime y sus respectivos usuarios desagregados por sexo.
3) A modo de ejemplo, si correspondiese contactar a 6 hombres y tres mujeres: la persona encargada en su equipo de salud, utilizando los códigos de identificación contactará a los primeros 6 hombres de la lista y las tres primeras mujeres, para que participen de la entrevista.
4) Si una de las personas no pudiera ser contactarla al cabo del tercer intento, será reemplazada por la persona siguiente al término de la muestra seleccionada. Por

ejemplo, en el caso de los hombres se contacta a la persona con orden de selección 7 y así sucesivamente.

7.9 Propuesta de muestreo cuantitativo

(Se incluye en archivo excel)

7.10 Instructivo para encuestadores

MANUAL PARA LOS ENCUESTADORES
ESTUDIO DE CONSEJERIA ASOCIATIVA

INDICE

INSTRUCTIVO
CONTACTO
ENTREVISTA

1.- INSTRUCTIVO

APROVECHE EL INSTRUCTIVO

El objetivo de un instructivo es aclarar todas las dudas sobre el trabajo a realizar. Haga todas las preguntas que considere necesarias antes de comenzar su trabajo como entrevistador. El entrevistador desempeña un papel clave en la encuesta, ya que tiene la responsabilidad de obtener respuestas veraces y precisas de la persona entrevistada.

El valor de toda encuesta depende de la calidad de los datos recolectados, lo cual a su vez depende totalmente del entrevistado.

El éxito de una entrevista depende en gran medida de la manera en que Ud. se presente al entrevistado, si se muestra indeciso o confundido es probable que los entrevistados no hablen con Ud. Lo ideal es que el entrevistador sea agradable, cortés, tenaz, cuidadoso, organizado y preciso. El entrevistador ideal formula preguntas de un modo que no refleja sus propia opiniones acerca del tema y permite al entrevistado responder con la verdad sin miedo a ser juzgado por quien lo entrevista.

El entrevistador debe tomarse su tiempo sin .presionar al entrevistado para que conteste rápidamente las preguntas. Si la persona entrevistada tiene dificultad para responder una pregunta, el entrevistador la repetirá, averiguará si la persona comprendió la pregunta y la ayudará a categorizar la respuesta para encuadrarla en las categorías enumeradas en el cuestionario.

Durante la entrevista, se mantendrá un ritmo moderado, formulando las preguntas de forma cuidadosa y lenta para que la persona tenga tiempo para proporcionar respuestas completas. Pero no se completará el cuestionario demasiado lentamente, porque el entrevistado puede llegar a aburrirse.

ESTUDIE EL CUESTIONARIO

Examine con detención todas las preguntas del cuestionario hasta entender perfectamente el significado de cada una de ellas. Trate de familiarizarse con el cuestionario. Una vez terminada la sesión de capacitación, haga una simulación de aplicación del cuestionario con otros entrevistadores hasta lograr un manejo fluido del mismo.

2.- CONTACTO

LA SELECCION DEL ENTREVISTADO

Ud. forma parte de un equipo de entrevistadores que trabajará en los diferentes Centro de Atención incluidos en la muestra. Usted es responsable de un Centro de Atención. Como equipo, deben realizar cerca de 350 entrevistas en el curso del trabajo de terreno.

El equipo de Salud elegirá una persona que Ud. deberá entrevistar. Usted como entrevistador no realizará ningún contacto por iniciativa propia. Todas las personas entrevistadas deberán ser contactadas por el Equipo de Salud.

IDENTIFIQUESE ADECUADAMENTE

Mencione su nombre y explique el objeto de la entrevista y la importancia de colaborar respondiendo el cuestionario.

ASEGURE PRIVACIDAD AL ENTREVISTADO

Explíquele al entrevistado que él ha sido seleccionado por azar y que sus respuestas permanecen en el anonimato, protegidos por el "secreto estadístico". El computador no registra datos individuales. Siempre elija un lugar tranquilo para realizar la entrevista lo que permite asegurar el carácter confidencial de la misma y procurar obtener la cooperación de cada uno de los entrevistados.

En este momento explíquele al entrevistado que debe autorizar la entrevista mediante una carta de consentimiento informado, entréguesela para que la lea con calma, y pídale que la firme. Si el entrevistado no está de acuerdo con el contenido de la carta, y no quiere realizar la entrevista agradezca su participación y no haga la entrevista. LA PARTICIPACIÓN DEL ENTREVISTADO ES VOLUNTARIA.

JUSTIFIQUE EL REGISTRO DE DATOS PERSONALES

Explique que los datos personales del entrevistado (sexo, edad, nivel educacional) sólo importan para efectos de clasificación estadística.

MOTIVE AL ENTREVISTADO

Explique a la persona seleccionada que sus respuestas representan la opinión de un sector de la población con características similares a las del entrevistado. Como cada entrevistado "representa" a un grupo de gente, no se puede cambiar y entrevistar a otra persona pues no representaría a la misma gente.

3.- ENTREVISTA

LEA TEXTUALMENTE LAS PREGUNTAS

No agregue ni omita palabras. Tampoco explique las preguntas. De ser necesario, limítese a leer una segunda vez la pregunta y en modo más lento.

HAGA TODAS LAS PREGUNTAS

Revise el cuestionario para comprobar si se cometieron errores, antes de dar por terminada la entrevista; es muy importante escribir con claridad y en forma legible y no se confíe en que recordará los detalles de una entrevista después de haberse retirado el entrevistado.

RESPETE EL ORDEN DE LAS PREGUNTAS.

No improvise. Eso le retrasa, confunde al entrevistado y altera el Estudio (Para que las respuestas sean comparables).

NO SUGIERA RESPUESTAS

No ayude al entrevistado a contestar una pregunta aunque éste se lo pida. Las únicas opiniones válidas y útiles son las del entrevistado. Reconocer la importancia de formular las preguntas siguiendo el orden en que aparecen en el cuestionario y abstenerse de influir sobre las respuestas de los entrevistados.

NO PERMITA QUE TERCEROS "AYUDEN" A CONTESTAR

Explique que la "ayuda" de terceros es distorsiona el carácter científico del procedimiento muestral, pues las únicas opiniones que interesan son las de la persona seleccionada.

EN EL CASO DE PREGUNTAS ABIERTAS (SIN ALTERNATIVAS PREVIAS DE RESPUESTA), SIGA LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

1. Anote las respuestas en primera persona
No pierda tiempo redactando u ordenando las respuestas. Registre textualmente.

2. Anote completamente las respuestas
Registre respuestas completas. Si es necesario SONDEE y CLARIFIQUE.

3. Escriba en forma clara
Anote en forma legible y en el lugar que corresponde. De lo contrario perderá tiempo "pasando en limpio".

EN EL CASO DE PREGUNTAS ESTRUCTURADAS (CON ALTERNATIVAS PREVIAS DE RESPUESTA), SIGA LAS SIGUIENTES INDICACIONES

1. Respete rigurosamente las instrucciones de cada pregunta:
En algunos casos, Ud. deberá entregar al entrevistado una TARJETA conteniendo las alternativas de respuesta para que él las lea y responda.

En otros casos, Ud. deberá leer las alternativas y esperar la respuesta.

En un tercer caso, aunque las alternativas están pre establecidas, Ud. no debe leerlas ni pasar tarjeta: Es el caso, por ejemplo de ¿De qué maneras se informó usted la primera vez, de la existencia del programa de consejería entre pares?. En este tipo de preguntas, Ud. debe buscar en el código de alternativas, el número que corresponde a la respuesta dada por el entrevistado y registrarlo.

En el texto de cada pregunta, se señala la modalidad de preguntar: con tarjeta, leyendo las alternativas o sin leerlas ni pasar tarjeta. Respete escrupulosamente estas indicaciones.

2. Ud. debe registrar la respuesta llenando el casillero correspondiente; para ello:

HAGA LAS OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTES

No todos los entrevistados son siempre veraces en sus respuestas. Si Ud. detecta información inconsistente, incoherente, o de veracidad dudosa, anote sus impresiones en la tapa del cuestionario.

7.11 Formulario de consentimiento informado

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO EVALUACIÓN DE LA CONSEJERÍA

Lugar y fecha_____

Por medio de la presente acepto participar en el estudio titulado “Evaluación Programa Consejería Asociativa, Primera Fase”, encargado por la Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud y VIVO POSITIVO a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

El objetivo del estudio es: reconstruir la experiencia de implementación del programa para aprender de sus fortalezas y debilidades y proponer líneas de fortalecimiento.

Se me ha explicado que mi participación consiste en entregar mi opinión como usuario del programa respecto de funcionamiento del mismo.

Declaro que estoy informado de las implicancias derivadas de mi participación en este estudio (participar en una entrevista, eventual participación en un grupo de conversación con otros usuarios).

El investigador que me convoca se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera surgir con motivo de mi participación en el estudio referido.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mantengo mi derecho a retirarme en cualquier momento en caso de considerarlo necesario.

El investigador me ha dado seguridades que mi identidad no será revelada en informes ni presentación de resultados derivados de la realización del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados a través de medios confidenciales.

Nombre y firma del participante

_____

Nombre y firma del investigador

Números telefónicos y email a los cuales comunicarse en caso de cualquier duda respecto del estudio:

7.12 Pauta de observación lugares de prestación de consejería

PROYECTO EVALUACIÓN CONSEJERÍA ASOCIATIVA

Pauta de observación del lugar de atención de consejería:

1. Descripción de accesibilidad ¿está ubicado en un lugar central respecto de la ubicación de los usuarios? (esto respecto de la comuna o ciudad de emplazamiento).
2. Descripción de itinerario que deben hacer los usuarios para ser atendidos (geográfico y de trámites)
3. Tipo de dependencias junto a las que funciona el lugar de atención. Dinámica cotidiana en torno al lugar de atención (circulación de público, profesionales)
4. Condiciones del local:
    a. Amplitud (sólo para relación diádica? ¿cómo hacen si tienen que trabajar con grupos?)
    b. Aspecto (colores, afiches, adornos)
    c. Temperatura
    d. Aislamiento del ruido; música ambiental
    e. Confort: de las sillas
    f. Existencia de mobiliario: te, café (para fundar conversa)
    g. Orden del lugar
    h. Existencia de lugar alternativo para atención: ¿comparten/disputan con otro programa el lugar de atención?
    i. Señalética: ¿existe? ¿cómo llega alguien que no sabe?
5. Apariencia del consejero cuando atiende ¿se pone delantal?
6. ¿el consejero tiene autonomía para ocupar la sala?
7. ¿pueden funcionar en horario posterior a las 17:00?

Anote todas sus observaciones

7.13 Respaldo digital transcripciones de entrevistas
7.14 Respaldo digital tablas cuestionario

7.15 Análisis Taller para la Construcción del Modelo Asociativo

Análisis de resultados del Taller de "Socialización, validación y aportes para la Construcción de un Modelo de Consejería para el Autocuidado, Adherencia a TARV y Prevención Secundaria" (Hotel Providencia, 27-28 de enero de 2004)

A.- En relación a los principios orientadores; ventajas y desventajas del trabajo asociativo, los grupos plantearon lo siguiente puntos:

a.1- Ventajas:

- Compromiso frente al tema.
- Asociatividad de PVVIH y programas de VIH/SIDA
- Se han informado y capacitados equipos multiprofesionales que han mejorado la atención de personas VIH.
- Reconocer que existen diferencias y mejorarlas (Autocráticos)
- Retroalimentación constante.
- Compartir responsabilidades para el empoderamiento de las PVVIH en su autocuidado, generando una relación profesional-consultante más horizontal.
- Respuesta concreta a necesidades reales de las PVVIH.
- Generación de un lenguaje común que facilita los procesos comunicacionales, compartiendo responsabilidades entre profesionales y usuarios.

a.2. Desventajas.

- Falta información compartida, no hay un trabajo conjunto en esta línea.
- Las relaciones tienden a ser informales y no permanentes.
- Falta de consideración a las personas con ETS- VIH/SIDA por parte de algunos sectores del sistema de salud.
- Falta de educación y capacitación en el tema.
- No hay compromiso de los directores de los Servicios de Salud y las SEREMIS.
- Las agrupaciones tienen dificultad de entrar al sistema de salud (equipos de atención a PVVIH) .
- El equipo de salud no entrega comunicación (información)
- Los centros de atención están en un lugar fijo (problemas de distancia).
- Falta de comunicación con base al respeto mutuo.
- El equipo de salud es como una amenaza para las agrupaciones.
- Desconfianza mutua.
- Desconocimiento profundo de los roles.
- No se sienten escuchados mutuamente (Equipos de salud y Agrupaciones).
- Que las personas VIH son muy demandantes y no priorizan en su atención.
- Falta de resguardo de las fichas.
- Sobre protección del equipo de salud frente a las personas VIH.
- Que los médicos vean a las personas VIH no como objetos.
- El equipo de salud este desmotivado.

- Que el personal de salud coarta la participación de PVVIH por sentirse amenazados en su autoridad.
- Las personas que viven con VIH no se sienten siempre respaldadas por las instituciones gubernamentales.
- Resistencia al cambio (personal y grupal).
- Preconcepción que existen en personal de la salud y PVVIH por situaciones conflictivas que se dieron en el pasado.

En relación a los aportes de los Equipos de Salud y de las Agrupaciones de PVVIH a la construcción de un modelo de consejería para el autocuidado, adherencia y prevención secundaria a las personas que viven con VIH, indican los siguientes puntos a considerar:

- La necesidad de crear un diagnóstico mutuo y participativo basado en la evidencia.
- Apertura y validación de las agrupaciones dentro del sistema de salud y viceversa.
- Todo aquello que tenga relación con promover estilos de vida saludable a través de: talleres de desarrollo personal, de autocuidado, de autoestima, consejería por profesionales, entre pares, Charlas expositivas de sexo seguro, trabajo con familias de PVVIH a través de talleres participativos y con el objeto de promover redes de apoyo.
- Capacitación constante a los profesionales de la salud y consejeros.
- Las experiencias particulares compartidas.
- Búsqueda en conjunto de soluciones
- Logro de una mirada más integral y más amplia de las problemáticas de las personas que viven con VIH.
- Una buena acogida por parte del equipo de salud.
- El aporte de una mirada más empática por las personas vivencias de los PVVIH.
- Mayor apertura por parte de las personas que viven VIH a tener una mejor calidad de Vida.
- Interactuar con la información entre pacientes y personal de salud.

1.- En relación a un sistema de Gestión del Modelo los equipos de Salud y de las agrupaciones de PVVIH trabajaron en función de dos temas.

a.- Identificar estrategias de gestión para la implementación del modelo de consejería a nivel local, los grupos indicaron los siguientes puntos:

- Presentación formal de los (as) consejeros (as) al equipo de salud.
- Reuniones periódicas de coordinación entre consejeros y equipos de salud.
- Contar con espacio físico adecuado para el trabajo.
- Trabajo de sensibilización previa en el sentido de explicar e informar a los equipos de salud por parte de los consejeros de su labor y gestión.

- Idear estrategias en conjunto para validar la consejería entre pares. Ej. Elaboración de estadísticas, registros, pautas de atención, evaluación, seguimiento.
- Presentar la propuesta al servicio de salud.
- Crear grupo de consejería.
- Definir encargado del grupo de consejería.

b.- En torno a los Roles y funciones para los consejeros entre pares y de equipos de salud en el contexto del trabajo asociativo, los grupos plantearon lo siguiente:

- Entregar información adecuada a PVVIH.
- Apoyar la adherencia a TARV por parte de los consejeros y del equipo de salud.
- Formar equipos de trabajo conjunto entre personal de salud y consejeros entre pares.
- Generar un reglamento común entre personal de salud y consejeros entre pares
- Coordinación y derivación de parte del encargado del programa
- Diseñar un flujograma de acompañamiento
- Contención con el equipo de salud en relación a la atención de los consultantes.
- Saber derivar casos en situaciones criticas
- Evaluaciones periódicas grupales.
- Llevar un registro claro con lenguaje adecuado.

En relación al marco conceptual del modelo, los grupos trabajaron en torno a los siguientes conceptos: autocuidado, adherencia y prevención secundaria del VIH, e indicaron lo siguiente por cada uno de ellos:

Autocuidado:

- La definición utiliza mucho lenguaje técnico, lo que impide una comprensión rápida, esta abarca todas las dimensiones de la persona, por lo tanto proponemos etapas previas como por ejemplo.
  - El primer momento para trabajar el autocuidado es tratar de re-construir el amor a sí mismo, y a la aceptación total a sí mismo.
  - Con la evaluación individual de cada caso se debe trabajar estos puntos.
- Se incluye la dimensión cultural
- Información incluye muchos tecnicismos, debería simplificarse
- Se debe incorporar como elemento fundamental el conocimiento de si mismo.
- Incorporar relaciones interpersonales saludables y redes de apoyo.

Adherencia

- Especificar en las variables que intervienen en la adherencia, tales como.
  - Construcción sociales (Ejemplos: aspectos de género, religión, etc)
  - Factores psicosociales (Ej. Calidad de Vida, redes de apoyo, procesos emocionales, condiciones laborales)
  - Proponemos incorporar como elemento para fortalecer la adherencia, una evaluación psicosocial considerando los siguientes aspectos:

- Red Familiar (percepción familiar)
- Red Apoyo (Entre pares o instituciones)

Prevención Secundaria.

- Utilizar un lenguaje en positivo (Ej. Promover conductas saludables).
- No focalizar la prevención sólo en el tema sexual más bien promover hábitos de vida saludable en el sentido de salud integral.
- Si bien es un marco de referencia, esta se adecua a la realidad propia.

Vulnerabilidad

- Se omiten factores importantes como factores educacionales, sociales, de género, estigmatización (discriminación)
- Condiciones laborales o ambiéntales (estar expuesto a otras enfermedades en el caso de hospitalización), culturales, etc.
- La definición se acerca a la realidad

Gestión del Riesgo.

- Incluir además de la prevención, la promoción.
- Proponemos definición total de eficacia y eficiencia.

Consejería

- Proceso de acompañamiento, en el marco de la confidencialidad.

Programa de capacitación Análisis y Propuestas.

- En torno a los objetivos, módulos y actividades propuestos en el programa de capacitación, los grupos plantean que:

- Los contenidos del programa son pertinentes para la capitación en consejería en autocuidado, adherencia y prevención secundaria.
- En relación a la coherencia global, se sugirió partir con los elementos más teóricos al principio del taller y luego ingresar los elementos más prácticos.
- El programa de capacitación es adecuado para un proceso de formación y capacitación a consejeros en autocuidado, adherencia y prevención secundaría.