

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**LOS DELEGADOS COMUNITARIOS, EXPERIENCIA DE SU EMPODERAMIENTO EN LA
LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA EN EL PERÚ**
Período 2007 – 2012

Tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia Social

AUTORES

Baffigo Torre de Pinillos, Virginia Gricelia
Centurión y Agüero, Carlos Alfredo

ASESORA

Marcela Chueca Márquez

JURADO

Eva Guerrero Caballero
Laura Caveró Corcuera

LIMA – PERÚ

2014

Dedicatorias

A:

“A quien fue luz y será siempre guía e inspiración, Fabi de mi corazón”.

Virginia Baffigo

A:

María, mí adorada esposa.

Carlos, Iván, Sergio y Paúl, mis queridos hijos:

Por ser fuentes permanentes de inspiración en la tarea de contribuir con efectividad en la construcción de una familia, una comunidad y una sociedad más inclusiva, justa, solidaria y humana.

Virginia, amiga y compañera: Mi admiración por su fe y su fortaleza, así como por su extraordinaria capacidad de emprendimiento social.

Carlos Centurión

INDICE

	Página
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	5
RESUMEN EJECUTIVO	6
CAPÍTULO I Formulación y justificación de la sistematización	
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Definición de la oportunidad	13
1.3. Objetivos	14
1.4. La mirada desde la Gerencia Social.	14
CAPÍTULO II Diseño metodológico	
2.1. Definición y fundamentación del tipo de investigación	17
2.2. Identificación de las categorías del estudio.	22
2.3. Identificación de las unidades de análisis.	25
2.4. Trabajo de campo: Desarrollo y limitaciones.	26
CAPÍTULO III Marco teórico conceptual	
3.1. Paradigmas, teorías generales, teorías sustantivas y categorías	27
3.2. Definición de categorías y conceptos.	29
CAPÍTULO IV Marco de políticas y marco institucional	
4.1. Referentes de políticas públicas internacionales y nacionales.	49
4.2. Marco institucional	53
CAPÍTULO V Línea de tiempo de la experiencia y decisiones estratégicas para la iniciación e implantación del delegado comunitario.	
5.1. Etapas de la experiencia.	56
5.2. Decisiones estratégicas que anteceden e inician la experiencia de los delegados comunitarios.	59
CAPÍTULO VI Empoderamiento y Gerencia Social: Hallazgos desde la experiencia de los delegados comunitarios.	
6.1. Resultados relacionados con los cambios de capital humano.	65

6.2. Resultados relacionados con el desarrollo del capital social	71
6.3 Resultados relacionados con la pertenencia a organizaciones y redes de organizaciones e instituciones.	73
6.4. Resultados relacionados con las evidencias de empoderamiento individual y social.	82
6.5. Resultados relacionados con el empoderamiento organizacional.	97
6.6. Hallazgos desde la perspectiva de la gerencia social.	101
6.7. Síntesis conceptual y procesal de la experiencia.	105
CONCLUSIONES	
Conclusiones generales.	106
Conclusiones específicas.	108
LECCIONES APRENDIDAS.	113
ANEXOS:	
Anexo 1: Cronograma de trabajo de campo.	
Anexo 2: Cuadros y resúmenes de entrevistas	
Anexo 3: Instrumentos de campo	
Anexo 4: Ejemplos de instrumentos aplicados	
Anexo 5: Información sobre el Fondo Mundial, la CONAMUSA y la gestión de los Programas del Fondo Mundial.	
Anexo 6: Terminología especial	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ALF	Agente local del Fondo.
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
COREMUSA	Coordinadora Regional Multisectorial en Salud
COMUDENA	Coordinadora Municipal del Niño y del Adolescente
DC	Delegado comunitario
EESS	Establecimientos de salud
ESN ITS VIH SIDA	Estrategia Sanitaria Nacional contra ITS VIH
ESN SSR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infección de transmisión sexual
MIPA	Mayor involucramiento de las personas afectadas.
ODM	Objetivo del Milenio
ONG	Organismo no gubernamental
OPVVS	Organización de persona que viven con VIH SIDA
OPV	Organización de población vulnerable
OSB	Organización social de base
OSC	Organización social comunitaria
PPL	Persona privada de libertad
PEM	Plan Estratégico Multisectorial
PEP	Promotor educador de par
PERM	Plan Estratégico Regional Multisectorial
PFM	Programa del Fondo Mundial
POA	Plan Operativo Anual
PPR	Presupuesto por Resultados
PVVS	Personas que viven con el VIH SIDA
PV	Población vulnerable
PTV	Prevención de la transmisión vertical
RP	Receptor principal
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SE CONAMUSA	Secretaría Ejecutiva de la CONAMUSA
SR	Sub receptor
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TS	Trabajadora sexual
UGPFM	Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco de las II, V y VI Rondas de los Programas del Fondo Mundial (PFM), con la aplicación del Principio Internacional del Mayor Involucramiento de las Personas Afectadas por el VIH (MIPA) y del Plan Estratégico Multisectorial de Lucha Contra el VIH/SIDA 2007–2011, en el Perú se ha logrado avances importantes en la participación de las organizaciones y de las personas afectadas por el VIH en la gestión de los Programas del Fondo Mundial. Una de estas expresiones ha sido la intervención de representantes de las personas que viven con VIH (PVVS) y de las poblaciones vulnerables (PV) al VIH en la gestión de los objetivos de estos programas, mediante los denominados asesores comunitarios y delegados comunitarios. Estos últimos han participado con nueva legitimidad social y legal superando de las limitaciones de los asesores comunitarios.

La experiencia sobre la que se desarrolla la presente sistematización se implementó dentro del Programa de la VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial, denominado “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando recursos para la lucha contra el VIH y SIDA”, durante el periodo octubre 2007 hasta setiembre 2012 y comprendió cuatro objetivos específicos o proyectos.

A la luz de los estudios y reflexiones en la Maestría de Gerencia Social, surgieron algunas interrogantes:

¿En qué medida las decisiones estratégicas adoptadas en torno a los delegados comunitarios y su contexto institucional y programático estaban regidas explícita o implícitamente por un Enfoque de Gerencia Social, específicamente orientada a la respuesta al VIH/SIDA en el Perú y a la profundización del MIPA?

Desde la misma perspectiva, ¿cuánto de lo resultante de la experiencia de los delegados comunitarios deviene de un proceso premeditado y planificado?, ¿cuánto de las dinámicas autónomas desde y entre los actores locales y regionales, incluidas las organizaciones sociales comunitarias y los propios delgados comunitarios?

Y, en una perspectiva más dinámica, ¿qué condiciones y factores han intervenido para lograr el empoderamiento de los delegados comunitarios?

Para responder a estas preguntas se consideró pertinente contar con nuevas aproximaciones para el reconocimiento y reconstrucción de la experiencia. Para ello, se incorporó a los procesos de descripción, análisis e interpretación, el Enfoque de Desarrollo Humano con sus diversos tipos de capitales, centrándolos en el capital humano y el capital social, correlacionándolos con teorías y categorías conceptuales como participación social y empoderamiento, así como decisiones estratégicas.

En función a la condición social específica de los delegados comunitarios, por ser personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) o por ser parte de las poblaciones vulnerables (PV) y, por tanto, ser sujetos de estigma y discriminación, se buscó el

diálogo con estos actores en su realidad social incidiendo, precisamente, en las categorías que más les afecta: el estigma y la discriminación por VIH.¹

Los resultados de esta sistematización muestran lo valiosa que ha sido la experiencia de los delegados comunitarios en los siguientes aspectos: las oportunidades del entorno y las decisiones estratégicas que se tomaron; el valor de su activos personales para cumplir con su rol (educación formal, oportunidades de capacitación, entre otros), la oferta de condiciones laborales y de bienestar adecuadas, el rol del facultamiento técnico y administrativo, sumados a la movilización de otros activos personales y sociales (pertenencia a organizaciones comunitarias de segundo y tercer grado, redes sociales) con otros actores públicos y privados en los niveles locales, regionales y nacional.

En la presente sistematización se entrega evidencias del tipo de empoderamiento individual y social logrado por los delegados comunitarios de la VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial.

Desde la mirada de la Gerencia Social, además de conocer si los procesos y resultados de la experiencia han contribuido al empoderamiento efectivo de los delegados comunitarios, vía el aumento de los activos de capital social individual y grupal, así como de su participación, se han identificado las direcciones y herramientas de Gerencia Social que se han implementado deliberadamente o que han sido explicitadas durante el proceso de la experiencia, o que han sido descubiertas durante la sistematización. Este análisis y reflexiones se formalizan al término del informe, en las conclusiones y lecciones aprendidas.

¹ El reconocimiento de la condición de exclusión social de estas poblaciones es cada vez más creciente. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) señala que en América Latina, incluido el Perú, el estigma y discriminación por razones de género, raza y discapacidad, constituyen las mayores fuentes de exclusión social. Agrega en su publicación del año 2008, intitulada “¿Los de afuera? Patrones cambiantes de exclusión en América Latina y el Caribe”. Washington. Pág.9, que los indígenas, los afro descendientes, las personas con discapacidad y los portadores del VIH/SIDA son los grupos más excluidos compartiendo las características de ser pobres, tener un menor acceso a los servicios de salud, acreditar los menores logros en materia educativa, laborar en condiciones de trabajo muy riesgosas y contar con una deficiente representación política.

I. FORMULACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1. El VIH/SIDA en el mundo

La gravitación del VIH/SIDA en el desarrollo del capital humano y social de las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) y poblaciones vulnerables (PV), así como los avances y agenda pendiente se pueden reconocer en el contenido de la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA* hecha por los jefes de estado y jefes de gobierno miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 10 de junio 2011, donde señalan “*Observamos con profunda preocupación que, pese al progreso sustancial logrado a lo largo de los tres decenios transcurridos desde que se tuvo noticia por primera vez del SIDA, la epidemia del VIH sigue siendo una catástrofe humana sin precedentes que produce un sufrimiento inmenso a los países, las comunidades y las familias de todo el mundo, que más de 30 millones de personas han muerto de SIDA y se estima que otros 33 millones de personas viven con el VIH, que más de 16 millones de niños han quedado huérfanos a causa del SIDA, que cada día se producen más de 7.000 infecciones nuevas por VIH, la mayor parte de personas de países de ingresos bajos y medianos, y que se cree que menos de la mitad de las personas que viven con el VIH son conscientes de su infección*”²

El VIH y el SIDA continúan afectando a todas las regiones del mundo. En el África Subsahariana y la región del Caribe siguen registrando la prevalencia más elevada, en tanto que en Europa Oriental, Asia Central, África Septentrional y el Oriente Medio, y algunas zonas de Asia y el Pacífico, están aumentando las infecciones nuevas por VIH.

Se advierten avances muy importantes “... a nivel nacional, regional e internacional para aplicar la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001* y la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006*, y el importante progreso que se está logrando, incluida la reducción superior al 25% de la tasa de infecciones nuevas por VIH en más de 30 países, la significativa reducción de la transmisión del SIDA de madres a hijos y la ampliación sin precedentes del acceso al tratamiento antirretroviral del VIH a más de 6 millones de personas, con lo cual en los cinco años pasados las muertes relacionadas con el SIDA se han reducido en más del 20%”³

² Óp. Cit. Pág. 7

³ Op. Cit. Pág. 7

Sin embargo, muestran su profunda preocupación “... porque a nivel mundial las mujeres y las niñas son aún las más afectadas por la epidemia, soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial y siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desigualdades de género, incluida su situación de desigualdad jurídica, económica y social, acceso insuficiente a la asistencia sanitaria y servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y todas las formas de discriminación y violencia, incluida la violencia sexual y la explotación”.⁴

Igualmente, expresan “... grave preocupación por que los jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 años constituyen más de un tercio de todas las nuevas infecciones por el VIH, y que son unos 3.000 los jóvenes infectados por el VIH cada día, y observamos que la mayoría de los jóvenes todavía tiene acceso limitado a una educación de buena calidad, a un empleo decente y a instalaciones de esparcimiento, así como acceso limitado a programas de salud sexual y reproductiva que les faciliten la información”⁵

De otro lado, si bien la transmisión del VIH de madre a hijo casi se ha eliminado en los países de altos ingresos y se dispone de intervenciones de bajo costo para prevenir la transmisión, aproximadamente 370.000 recién nacidos fueron infectados con el VIH en 2009.

Proclaman el compromiso para “... intensificar los esfuerzos nacionales encaminados a crear marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH y promover el acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH y el acceso no discriminatorio a servicios de educación, atención de la salud, empleo y servicios sociales, a proporcionar protección jurídica a las personas afectadas por el VIH, incluidos el derecho a la herencia y el respeto de la intimidad y la confidencialidad, y a promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, prestando especial atención a las poblaciones vulnerables al VIH y afectadas por él”⁶

1.1.2. El VIH/SIDA en el Perú

- a. Sobre la evolución de la epidemia, el VIH está concentrado en la población clave. La transmisión de casos en la población clave: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas que tienen relaciones sexuales casuales sin protección y las parejas estables de los anteriores alcanza un 84% y el 16% de las nuevas infecciones corresponde a las personas que tienen relaciones sexuales de bajo riesgo. Mientras que el 56% de la transmisión se da

⁴ Op.cit. Pág. 7

⁵ Op. Cit. Pág. 7

⁶Op. Cit. Pág. 7

en los hombres que tienen sexo con otros hombres, el 43% es heterosexual. Los datos de las vigilancias epidemiológicas alertan asimismo sobre un posible incremento de la incidencia de casos en la población más joven de los hombres que tienen sexo con hombres, prevalencias de VIH muy elevadas en la población transgénero femenina (especialmente aquella dedicada al trabajo sexual) y en las trabajadoras sexuales que no acceden al sistema de salud.

- b. En relación a los aspectos sociales y culturales, el estigma y la discriminación aquejan aún a las personas afectadas por el VIH y se traducen, asimismo, en barreras de acceso a los servicios de prevención y atención y también a su adecuada inserción en la sociedad. La situación de inequidad en el país vulnera el acceso de las mujeres, niñas y niños, poblaciones clave y personas en situación de pobreza extrema a la prevención y cuidados oportunos frente a estos daños.
- c. Como parte de los Programas Estratégicos en el Sistema Nacional de Planificación del Estado Peruano, en el año 2010 se creó el Programa Estratégico de Tuberculosis y VIH, lo que ha permitido asegurar el financiamiento de las respuestas nacionales a estas epidemias en el mecanismo del Presupuesto por Resultados (PPR), dando sostenibilidad a una parte de los esfuerzos nacionales y estrategias implementados en la última década con apoyo de la cooperación internacional (particularmente del Fondo Mundial). En el marco del PPR, se contará en el año 2013 con un total de S/.440.734.905 para enfrentar la tuberculosis y el VIH.
- d. Desde una perspectiva de derechos humanos, el avance en una respuesta nacional al VIH requiere una especial atención por su impacto sobre la salud de las personas, su calidad de vida y las limitaciones que genera en el desarrollo humano de las personas afectadas. Asimismo, la relación del VIH con otros aspectos del desarrollo humano de los países es unívoca: detener y reducir el VIH depende también del abordaje efectivo de sus determinantes sociales, como son la reducción de la pobreza y del hambre, el acceso a la educación, la igualdad de género y salud materna, especialmente el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y al aseguramiento en salud.
- e. Cabe mencionar, que el análisis de determinantes sociales ha llevado al MINSA, en la última década, a establecer alianzas con actores clave de otros sectores, incluyendo sociedad civil y organizaciones de personas afectadas por el VIH y SIDA, en el marco de la construcción y perfeccionamiento progresivo de una respuesta multisectorial que fue en su momento plasmada en un Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 y operada a través de espacios de concertación nacional y regionales. Así, la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) y las Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud (COREMUSA) existentes en la mayoría de las regiones del país, se han constituido, conjuntamente con los Consejos Nacional y Regionales de Salud, en importantes espacios de debate y consenso para hacer frente al VIH. La CONAMUSA, presidida por el MINSA, ha logrado desde el año 2003 a la actualidad, movilizar recursos financieros procedentes del Fondo Mundial de lucha contra el VIH para fortalecer la respuesta del Estado frente a esta epidemia; este fondo asciende a casi 79 millones de dólares americanos.

- f. Por el tipo de epidemia del VIH que presenta el Perú, un HSH tiene 33 veces más probabilidades de adquirir el VIH que una persona de la población general. La vigilancia epidemiológica del 2011 nos muestra un repunte del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los segmentos más jóvenes y en las personas trans; esta tendencia es contraria a la observada en la población general, donde el perfil de la epidemia se ha estabilizado y los casos están ahora más en los adultos que en los más jóvenes. Sin embargo, la población transgénero, gays y en cierta medida también los/as trabajadores/as sexuales (TS), son poblaciones que presentan las mayores prevalencias de VIH, y han sido tradicionalmente violentadas discriminadas y estigmatizadas en el país, como se evidencia en diferentes reportes disponibles de la Defensoría del Pueblo y de la sociedad civil⁷ lo que configura importantes barreras para su acceso a los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo frente al VIH e incrementa su vulnerabilidad frente a la epidemia.

1.1.3. La participación de la sociedad civil y las poblaciones afectadas y vulnerables en la respuesta al VIH/SIDA en el Perú.

En un estudio hecho por encargo de CARE Latinoamérica y el Caribe, efectuado en 2008 y cuyo objetivo fue “contribuir a mejorar la efectividad de las políticas y los programas del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en América Latina y el Caribe”⁸ realizado por encargo de, para el caso peruano, señala respecto a la participación individual y grupal “... *los reacomodos y fracturas en las organizaciones sociales de afectados y vulnerables, revierten el capital social que traían al esquema de gestión. Así, afectan el sentido de la propuesta. Consecuentemente, se vuelve necesario regular*”⁹.

En relación al comportamiento de la sociedad civil se percibe que su agenda había cambiado. “*Antes se concentraba en la vigilancia e incidencia; mientras que ahora está centrada en la gestión de proyectos. Además, ha habido un segundo cambio en la agenda: se ha evolucionado del énfasis inicial en la dotación de medicamentos, hacia temas más amplios*”¹⁰.

En el plano de las recomendaciones y en línea con esta temática, establece: “*Además de esto hay que analizar, igualmente, la experiencia peruana de delegados comunitarios en los proyectos, la cual ha sido rectificada en la sexta ronda para resguardar la opinión autónoma de la franja de voluntarios que entra a funciones laborales. También hay que propiciar que no se debiliten las acciones de incidencia y*

⁸ “Participación de la sociedad civil en los programas del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la malaria. Resultados y recomendaciones”

⁹ Op.cit. pág. 18.

¹⁰ Op.cit. pág. 23.

*vigilancia social, priorizadas por estas organizaciones, antes del financiamiento del Fondo Mundial.*¹¹

Los delegados comunitarios y sus organizaciones, forman parte del universo de personas y/o grupos vulnerables excluidos socialmente por razones de su orientación sexual y de género o su actividad laboral, que en el marco de mandatos principistas y programáticos internacionales y nacionales, forman parte del esfuerzo gubernamental y de la sociedad civil para implementar políticas públicas y sociales efectivas.

1.1.4. Las experiencias de asesores comunitarios y de delegados comunitarios

La experiencia de los delegados comunitarios, estuvo precedida por la de los asesores comunitarios que tenían establecidas funciones y responsabilidades, tales como, participar en el diseño de la propuesta técnica y del plan operativo, construcción de los indicadores e instrumentos de evaluación, participar en las reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación, monitoreo y evaluación de las intervenciones a nivel del Consorcio, preparar y presentar el Apéndice I de los informes mensual/trimestral, asegurar que el Consorcio cumpla con las actividades programadas, informar periódicamente a sus organizaciones y/o redes, participar en la evaluación del sub receptor (SR).

Recurrentemente, los directivos y/o algunos miembros destacados de estas organizaciones de PVVS habían sido designados como asesores comunitarios favoreciendo constantes tensiones entre los equipo técnicos y ellos/as. Por el lado de los Coordinadores Técnicos se escuchaba frecuentemente reclamos sobre la escasa dedicación y experticia para las tareas que se les asignaba.

Por su parte, los asesores comunitarios reclamaban mayores facilidades para sus tareas, el trabajo a medio tiempo, el incremento de sus asignaciones pecuniarias, entre otras y, con frecuencia, sus reclamos se confunden en su doble rol: dirigente de la organización y asesor comunitario.

El haber conseguido que el Comité Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) defina el monto de US \$700 como la remuneración de un asesor comunitario, contribuyó al malestar de los líderes de los Consorcios que se mostraron renuentes a cumplir la disposición, aduciendo que esos egresos, en la magnitud establecida, no habían sido previstos al inicio del programa.

Varios planteamientos alternativos emergieron sobre rol de los asesores comunitarios con miras a la VI Ronda. El mensaje electrónico del Movimiento Homosexual de Lima (MHOL) al receptor principal (RP), reflejó la percepción y las perspectivas en discusión. En uno de los puntos dice: *“4. En diversos espacios técnicos y políticos, hemos planteado la conveniencia de generar un mecanismo externo de vigilancia y participación de las organizaciones de poblaciones vulnerables, que pueda garantizar con independencia la buena inversión e implementación de los objetivos y actividades*

¹¹Op.cit. pág. 27.

orientadas a nuestras poblaciones. Entendemos que el sistema de asesores comunitarios ha demostrado sus serios límites para que estos puedan actuar con independencia frente a las organizaciones que lideran los respectivos consorcios.” (Comunicación electrónica del 22/10/2007 05:24 p.m. al RP).

Con estos elementos se puede concluir que la pertinencia de la sistematización reside en la posibilidad de recuperar la estrategia inédita de participación de las personas viviendo con VIH y en situación de vulnerabilidad al VIH, como los delegados comunitarios, a partir de su empoderamiento, campo donde la respuesta nacional y regional al VIH/SIDA tiene, hasta el momento, su menor desarrollo; por ello, los aprendizajes obtenidos también servirán de insumo para la formulación de programas y políticas sociales que incluyan estas estrategias de promoción de los capitales individual, del capital social y la participación social con miras al empoderamiento individual y grupal y organizacional, mediante los Delegados Comunitarios u otros agentes comunitarios análogos.

1.2. Definición de la oportunidad

La oportunidad está dada en la medida que existe material para reconstruir y ordenar la experiencia desarrollada por los delegados comunitarios en su condición de las personas que viven afectadas por el VIH/SIDA o como población vulnerable (PV). Ellos son actores principales en la implementación de una política social de respuesta al VIH SIDA, la aplicación del principio internacional de la MIPA ya que, a partir de la movilización de su capital humano y social, lograron un positivo empoderamiento individual y organizativo. La experiencia se desarrolló como parte del proyecto de VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial entre los años 2007–2012 en el Perú implementado por CARE Perú.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Recuperar la experiencia de empoderamiento de los delegados comunitarios desarrollada durante la implementación proyecto de la VI Ronda de los PFM entre los años 2007 – 2012.

1.3.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Identificar los aspectos que evidencian el tipo de empoderamiento individual y/o grupal alcanzado por los delegados comunitarios participantes de la VI Ronda y sus respectivas organizaciones.

Objetivo específico 2

Identificar los activos claves de capital humano, capital social y de participación social que se han movilizadado para lograr ciertos tipos de empoderamiento individual y/o grupal, de los delegados comunitarios y sus organizaciones.

Objetivo específico 3

Identificar las decisiones de gerencia del entorno que contribuyeron al empoderamiento individual y/o grupal de los delegados comunitarios de la VI Ronda y sus respectivas organizaciones.

1.4. La mirada desde la Gerencia Social

- a. La epidemia del VIH/SIDA en el Perú involucra directamente a 20,000 personas afectadas y a 80,000 en riesgo de ser afectadas en su capital humano y capital social frontalmente, en un clima de estigma y discriminación. Ello por sí sólo, bastó para concitar la atención de la Gerencia Social.

Los programas del Fondo Mundial aplican un conjunto de políticas sociales sanitarias y, particularmente, en los programas ejecutados y en ejecución, se observa el Principio de mayor involucramiento de las personas afectadas (MIPA) en la respuesta al VIH, elemento que constituye una materia prima importante para la Gerencia Social.

Los programas del Fondo Mundial contienen a su vez programas y proyectos de naturaleza social que son medios para la aplicación de políticas sociales sanitarias para prevenir y atender los diversos tipos de daños, incluidos el estigma y la discriminación. Estos también son materias de atención por la Gerencia Social.

La estrategia de participación de la comunidad en la gestión de los programas y proyectos mediante representantes de estas poblaciones (asesores comunitarios y delegados comunitarios) que se integran a los equipos de los operadores o sub receptores (SR) para incorporar en el diseño e implementación de las actividades, la “perspectiva de las comunidades vulnerables o afectadas”, con particularidades tales como: ser postulados por sus organizaciones de pertenencia, transitar por un proceso de selección público competitivo, tener obligaciones formales para con su organización de origen, además de responsabilidades y tareas programáticas. Un elemento distintivo en los delegados comunitarios ha sido su contratación por el Receptor Principal (RP) con una remuneración de 5ª categoría de US \$ 700 y su adscripción al equipo del SR. Detrás de todo ello hay un conjunto de decisiones gerenciales de CONAMUSA y particularmente de CARE Perú y de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial (UGPFM)-CARE Perú cuyo contenido de gerencia social hubo que evaluar y, en otros casos, identificar y recuperar.

Cabe mencionar que, el mirar retrospectivamente la experiencia de los delegados comunitarios desde la perspectiva del empoderamiento, es un abordaje que no estuvo explícito en el diseño, sin embargo, era una demanda muy importante por el potencial analítico y crítico de esta perspectiva.

Ha sido fundamental, desde la mirada de la Gerencia Social, conocer si los procesos y resultados de la experiencia han contribuido al empoderamiento efectivo de los delegados comunitarios, vía el aumento de los activos de capital social individual y grupal de éstos. Ello pasa necesariamente por revisar si las intervenciones programáticas y comunitarias han activado fuentes, insumos, procesos, resultados, entornos, entre otros, que se orienten a construir capital social, a promover su participación significativa y a empoderar a sujetos individuales y sociales que, en el caso de los delegados comunitarios, actúan en entornos diversos de estigma y discriminación, ejerciendo el rol de puente entre los gestores de programas y proyectos, y las personas afectadas o poblaciones vulnerables, así como de sus organizaciones.

- b. En un plano más conceptual, pareció importante acercarse al tema clave de la Gerencia Social relacionado con las oportunidades de empoderamiento desde las políticas públicas y políticas sociales, y sus instrumentos, los programas y proyectos sociales, en este caso, sanitarios y específicamente de salud pública.

Es particularmente importante cuando la política social se ha convertido en un mecanismo para *i)* materializar explícitamente los derechos sociales y económicos de los ciudadanos, tales como salud, educación, vivienda, pues es claro que para poder ser un/a ciudadano/a activo/a, en ejercicio de sus derechos civiles y políticos, se requiere de un presupuesto básico para la acción, que son estos derechos sociales y económicos; *ii)* reducir los niveles de exclusión, las condiciones de vulnerabilidad y riesgo social al que están expuestos grupos específicos de la población.

- c. En el Perú, según Bobadilla, los programas del Fondo Mundial son una prueba de la cogestión de programas y proyectos que *“... bajo una serie de contingencias políticas, culturales, económicas y jurídicas manejan bienes comunes públicos y semi públicos e impulsan sistemas de cooperación y concertación que promueven el desarrollo de capacidades de gestión de los actores involucrados, les delegan así autoridad y responsabilidad en la toma de decisiones de acuerdo con competencias y rol establecidos por consenso”*¹².

Por lo expuesto, se ratifica la oportunidad que da el tema para analizar, en el marco de la VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial, en qué medida los diversos actores decisores institucionales y sociales intervinientes, se han aproximado a un nuevo espíritu de la gerencia social, en tanto cogestionan bienes comunes públicos de manera inter institucional *“...buscando garantizar una cooperación racional que produzca beneficios selectivos y compartidos entre actores miembros de la*

¹² Bobadilla Díaz, P. 2006 “La gerencia social en el nuevo siglo. Una aproximación teórica”. Debates en Sociología. PUCP. Pág. 23

*colectividad en la cual se ejecuta el programa o proyecto de desarrollo*¹³ sin desconocer los problemas de orden jurídico financiero, organizacional y político, propios de normas y prácticas de la gerencia tradicional.

Es también una oportunidad para determinar la capacidad que tiene la Gerencia Social para el logro de la articulación social por la cual “...*el gerente social debe actuar como propiciador de procesos que empoderen a la comunidad para ejercer el control sobre las decisiones que afectan su bienestar, contribuyan al desarrollo del capital social y a la profundización de la democracia participativa*”.¹⁴

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Definición y fundamentación del tipo de investigación.

2.1.1. Definición del tipo de investigación

- a. Por la naturaleza de la oportunidad, así como las exigencias conceptuales y metodológicas para el logro del Objetivo General y Objetivos Específicos de la presente tesis, el tipo de investigación que correspondió desarrollar, ha sido la investigación social cualitativa.

Según Liuba Kogan Cogan¹⁵, es la investigación donde la realidad que se estudia es subjetiva y múltiple, buscando comprender la complejidad de las redes interconectadas de factores que influyen mutuamente. Para ello, pone en valor principalmente su carácter multidisciplinario al incorporar los aspectos centrales de diversas racionalidades:

El énfasis en lo individual y en la experiencia subjetiva, buscando conocer los significados que los individuos dan a la experiencia, implica procesos de descripción, comprensión e interpretación (Fenomenología).

¹³ Op.cit. pág. 26.

¹⁴ Cfr. Licha 2009. "El enfoque de gerencia social". BID, INDES. Pag.9. Modulo Diseño y Gerencia de Políticas Públicas y Programas Sociales.

¹⁵ "Aprender a investigar" 2ª edición, 2012. Lima. Universidad de Lima. Fondo Editorial.

El conocer el modo de vida de una unidad social concreta, implica la reconstrucción analítica de carácter interpretativo de las formas de vida, cultura y estructura social de un grupo investigado. (Etnografía).

Se da la búsqueda para descubrir las teorías, conceptos, supuestos, entre otros, a partir de los datos y no de hipótesis u otras investigaciones o marcos teóricos previos. (Teoría Fundamentada)

Es cualitativa al estudiar los métodos o estrategias de un grupo para construir y dar sentido a sus prácticas sociales recurrentes (Etnometodología) y al recoger el testimonio de las personas, donde expresan los acontecimientos, así como las valoraciones de su propia existencia. (Método biográfico).

- b. Dentro de la investigación cualitativa, se ha seleccionado a la sistematización como el tipo de investigación más apropiado, reconociendo la condición controversial de su contenido: *“Cuando hablamos de sistematización, nos estamos refiriendo, bajo el mismo nombre a prácticas muy diversas y concepciones muy variadas, desde las que juegan en el puro campo de la descripción y la recolección de datos hasta, quienes le dan una forma de praxis para transformar y quienes le niegan una condición de investigación; pasando por las concepciones hermenéuticas y de juegos lingüísticos, hasta quienes la consideran una investigación más, sin una especificidad propia y la asimilan a un proceso investigativo ya existente”*¹⁶

Sin embargo, por la naturaleza, el objetivo y el universo, se considera que el estudio es descriptivo, exploratorio y propositivo. La forma de investigación más apropiada para estas características es la sistematización. Por su mirada retrospectiva, es la sistematización de la experiencia de los delegados comunitarios al término de la VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial que cubre los años 2007–2012.

2.1.2. Concepción de sistematización

La sistematización de experiencias es un proceso de reflexión e interpretación crítica de una experiencia o práctica social que produce conocimiento desde la propia experiencia de los actores de los procesos de desarrollo. Permite organizar, ordenar, analizar y reconstruir el proceso de ejecución de un programa o proyecto para obtener aprendizajes a partir del establecimiento de sus logros y limitaciones. Los conocimientos generados en el proceso de sistematización nos permiten mejorar las prácticas y replicarlas en otros momentos y lugares, así como difundir y promover propuestas de políticas sociales. Los actores de la experiencia participan significativamente en todo el proceso.

¹⁶ Mejía J. Marco, Raúl. 2010 . “La sistematización, una forma de investigar las prácticas”. , Fondo editorial del Pedagógico de San Marcos. Pág. 154.

Se entiende por experiencia al conjunto de sucesos acaecidos durante la implementación de un proyecto, donde se combinan situaciones del contexto, relaciones personales y sociales, las diversas acciones, las percepciones e interpretaciones de los actores, entre otras. Vale decir una combinación de dimensiones subjetivas y objetivas.¹⁷

Los cambios registrados durante la gestión de una intervención social (programa, proyecto o actividad) no son casuales; ellos expresan los descubrimientos que surgen en la práctica, los conocimientos nuevos acerca de los actores y su contexto; es decir, son consecuencia de los saberes (conocimiento no explicitado) que se van incorporando en los procesos.

2.1.3. Fundamentos

Considerando que las principales preguntas a responder son: ¿qué?, ¿por qué?, ¿cómo?, ¿para qué? y, sobre todo, la naturaleza de los objetos a indagar, tales como: percepciones, opiniones y dimensiones como participación, empoderamiento, desarrollo de capacidades, entre otros, la estrategia metodológica será eminentemente cualitativa, en la consideración de que la investigación cualitativa es un conjunto de recursos metodológicos que buscan describir e interpretar situaciones y prácticas sociales singulares.

Al formalizar el estudio, también se ha deslindado sobre algunas controversias propias de la dialéctica sistematización/investigación, tales como:

- Respecto al lugar y momento del desarrollo teórico, en la sistematización se cubren en dos momentos y lugares: un desarrollo modulado y sintético hecho en un capítulo previo y durante el mismo ejercicio sistematizador, donde se expresan los conceptos y demás proposiciones teóricas que están presentes implícitas o explícitamente en las prácticas que se sistematizan; y, en varios momentos de la sistematización y de sus resultados se destacan los roles de los contextos estructurales y/o coyunturales por los cuales ha transcurrido la experiencia.
- La sistematización es, fundamentalmente, una producción de sentidos y de enunciados respecto a la experiencia reconstruida o la práctica entendida como el espacio donde se sintetizan las múltiples relaciones tejidas en el grupo y en las realidades de la mirada de los diferentes actores, cuyas lecturas pueden ser coincidentes o contrapuestas. Un proceso clave es la resignificación, entendido como la asignación de un nuevo sentido a un proceso, resultado, contexto, conducta, etc.
- Otra dimensión clave es la interpretación para captar el sentido de la experiencia dentro de las diversas lógicas de producción de realidades subyacentes en la experiencia. Es fundamental hacer el discernimiento y el diálogo entre la

¹⁷ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. 2010. "Guía Metodológica de Sistematización de Experiencias". Pág. 34.

reconstrucción de la práctica de un proyecto y la reconstrucción de las prácticas, representaciones y significaciones de los actores.

- Con relación a los resultados de estas distintas racionalidades, es muy importante distinguir aquellas que estaban previstas y las que no, así como de aquellas que van más allá de las percepciones de los actores por separado.
- Trascendiendo a las variables e indicadores, se da un alto valor investigativo a las preguntas, cuya función es ayudar a focalizar el estudio y a orientarlo, en la medida que explican, específicamente, aquello que el estudio intenta aprender o comprender.

2.1.4. Elementos metodológicos considerados en la sistematización

Siguiendo el esquema de Alboan,¹⁸ se desarrollan los siguientes elementos metodológicos:

- Elemento de reconstrucción histórica
- Elemento de análisis e interpretación
- Elementos de comunicación social.
- Elementos de aprendizaje

Así mismo, se han identificado algunos recursos metodológicos generales para el conjunto de los elementos, así como otros más específicos.

a. Reconstrucción histórica

La sistematización permite recuperar la historia de la experiencia y revisar críticamente las intervenciones sociales como procesos históricos y dinámicos. Se ha previsto emplear los siguientes recursos metodológicos:

- Fuentes de información secundaria:

Actas de la CONAMUSA, documentos del programa de la VI Ronda; informes de los delegados comunitarios, informes de evaluación de desempeño de los delegados comunitarios, informes de sistematización de asesores comunitarios; estudios que hacen referencia al MIPA y a la discriminación en el Perú.

- Fuentes de información primaria:

Para el levantamiento primario de información, de acuerdo a las características del objeto de sistematización y el tipo de información que se requiere obtener, se han utilizado las siguientes técnicas e instrumentos:

¹⁸ Citado en "Guía Metodológica de Sistematización de Experiencias", 2010. Producido por la Dirección General de Políticas del MINDES. Pág. 11.

Técnica	Característica	Instrumento
Entrevista	Estructurada	Cuestionario para percepción de capital social del delegado comunitario (DC)
	Semi estructurada	Guía para percepción de capital social del DC
		Guía para representantes de organizaciones de PVVS o de PV de donde procede el DC.
		Guía para representantes de organizaciones de PVVS o de PV a las cuales asiste el DC
		Guía para representantes de contrapartes técnicas y/o sociales de la región
		Guía para Coordinadores Técnicos de los SR
Grupo focal		Guía para informantes claves de la región

b. Análisis e interpretación

El análisis e interpretación crítica supone una reflexión sobre la práctica reconstruida en el marco de un determinado contexto y desarrollada en un espacio físico y social concreto y tiempos específicos.

Se han empleado las siguientes herramientas:

- Matriz de síntesis y de cotejo.
- Diagramas de flujos
- Citas textuales.

c. Comunicación social

Es la organización de los datos, de la información y de los conocimientos generados para su comprensión. Los instrumentos metodológicos utilizados han sido:

- Cuadros resumen de información y de cuadros comparativos entre informantes claves.
- Sociograma
- Matriz de logros.

d. Lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas son el resultado del proceso de aprendizaje y reflexión sobre las experiencias de una intervención, proyecto, programa, entre otros.

Se las pueden definir como generalizaciones que no se refieren a una circunstancia específica, sino a un tipo o categoría de situaciones. "...Ellas nos indican qué debemos hacer para conseguir o prevenir un determinado resultado".¹⁹

En el presente estudio, en tanto las conclusiones son expresiones sencillas y directas de los aprendizajes realizados, estarán comprendidas en las lecciones aprendidas.

2.2. Identificación de las categorías del estudio

A partir de la correlación entre los objetivos específicos de la sistematización y sus respectivas preguntas claves y proceso retroalimentado por la revisión teórica y conceptual, se ha hecho la identificación de las categorías del estudio y de las variables cualitativas o aspectos que puedan dar cuenta de las preguntas claves que guían la sistematización.



¹⁹"Guía Metodológica de Sistematización de Experiencias". Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Octubre 2010. Pág. 34.

Matriz de diseño metodológico: correlación objetivos, categorías, variables cualitativas y unidades de análisis

Objetivo específico	Pregunta central	Categorías	Variables cualitativas	Unidad de análisis
1	¿En qué aspectos se evidencia el empoderamiento alcanzado por los delegados comunitarios participantes de la VI Ronda?	<p>Vivencia del estigma y discriminación</p> <p>Ejercicio de denuncia y defensa derechos humanos</p> <p>Formas de abordaje de situaciones problema.</p> <p>Promoción de iniciativas (I) y proyectos (P)</p> <p>Pertenencia a redes sociales</p> <p>Participación ciudadana.</p>	<p>– Vivencias antes de ser DC</p> <p>– Vivencias durante DC</p> <p>– Tipo de estigma y discriminación</p> <p>– Tipo de respuesta al E y D</p> <p>– Tipo de denuncia antes de ser DC</p> <p>– Tipo de denuncia durante DC</p> <p>– Rol desempeñado antes de ser DC</p> <p>– Rol desempeñado durante ser DC</p> <p>– Tipo de abordaje antes de ser DC</p> <p>– Tipo de abordaje antes de ser DC</p> <p>– Tipo de situaciones problemas</p> <p>– Tipo de abordaje antes de ser DC</p> <p>– Alternativas de abordaje después de ser DC.</p> <p>– Tipo de I – P antes de ser DC.</p> <p>– Tipo de I – P después de ser DC.</p> <p>– Resultados antes de ser DC</p> <p>– Resultados durante DC</p> <p>Tipo de Pertenencia a organizaciones sociales locales</p> <p>Tipo de Pertenencia a redes sociales.</p> <p>– Tipo de conocimiento de instrumentos de políticas públicas sanitarias sobre VIH/SIDA.</p> <p>– Tipo de participación en espacios y procesos de respuesta al VIH en las regiones</p> <p>– Tipo de participación en procesos de respuesta al VIH en las regiones</p>	<p>- Delegado comunitario</p> <p>- Dirigentes de organización de procedencia y de organizaciones asistidas.</p> <p>- Coordinador técnico de Subreceptor</p> <p>- Funcionarios de DIRESA</p> <p>- Miembros de COREMUSA</p>
2	¿Qué activos de capital humano, capital social y de participación social se tienen que movilizar para lograr ciertos tipos de empoderamiento individual y/o grupal de los delegados comunitarios y sus organizaciones?	<p>Desarrollo del capital humano cognitivo</p> <p>Incremento del capital social</p>	<p>– Grado Educación formal</p> <p>– Tipo de desarrollo de capacidades específicas.</p> <p>– Tipo de oportunidades de capacitación.</p> <p>– Tipo de confianza y aceptación del DC</p> <p>– Tipo de confianza y aceptación hacia el DC</p> <p>– Tipo de pertenencia a redes sociales</p> <p>– Tipo de pertenencia a redes virtuales</p> <p>– Tipo de pertenencia a redes inter institucionales.</p> <p>– Tipo de Beneficios de la pertenencia.</p>	<p>- Informes de CARE Perú</p> <p>- Licitación administrativa para selección de delegados comunitarios</p> <p>- Documentos de la CONAMUSA.</p> <p>- Delegado comunitario</p> <p>- Dirigentes de organización de procedencia y de organizaciones asistidas.</p> <p>- Coordinador técnico Subreceptor</p> <p>- Funcionarios de DIRESA</p> <p>- Miembros de COREMUSA.</p>

		Participación comunitaria	– Tipo de pertenencia de las OPVVS/PV	
3	¿Cuáles son las decisiones de gerencia del entorno que contribuyeron al empoderamiento individual y grupal de los delegados comunitarios de la VI Ronda y sus respectivas organizaciones?	Marco de políticas públicas y sociales	– Tipo de influencia de la política nacional de descentralización política administrativa. – Tipo de influencia del PEM VIH 2007 – 2011.	<ul style="list-style-type: none"> - PEM VIH/SIDA 2007 - 2011 - Doc. Evaluación PEMVIH/SIDA 2007 -2011 - Propuesta técnica de la VI Ronda. Doc. Principio MIPA - Evaluación del programa de la VI Ronda de los PFM. - Sistematización de la experiencia de gestión descentralizada de los Objetivos de la VI Ronda.
		Marco de políticas institucionales	– Tipo de influencia por la implementación del Programa de VI Ronda.	
		Decisiones estratégicas para la profundización del MIPA.	– Tipo de decisiones de gerencia social – Tipo de decisiones para la profundización del MIPA.	
		Facultamiento político, técnico y administrativo	– Tipo de perfil del DC – Tipo de facultamiento técnico – Tipo de facultamiento organizacional – Tipo de facultamiento comunitario – Tipo de facultamiento económico. – Tipo de facultamiento por condiciones laborales	

Es conveniente precisar que en el dominio de una investigación cualitativa no se tiene la obligación metodológica de identificar y formular hipótesis y variables. Así mismo, en una sistematización no se hacen suposiciones por adelantado; en el mejor de los casos, podrían aportar orientación general para reforzar la dirección que tiene que seguir una investigación.

En el diseño presente, las categorías son los elementos organizadores de los procesos descriptivos, analíticos e interpretativos de la sistematización.

2.3. Identificación de las unidades de análisis

La unidad de análisis son los delegados comunitarios, complementándose con los representantes de las organizaciones comunitarias a las que pertenecen y/o de las organizaciones comunitarias que han sido intervenidas por ellos, los coordinadores técnicos y miembros del Equipo de Gestión de los Consorcios Sub Receptores del Programa de la VI Ronda, la autoridades y/o funcionarios Direcciones Regionales de Salud y miembros de las Coordinadoras Regionales Multisectoriales en Salud (COREMUSA).

El universo cubierto es el siguiente:

- Delegados comunitarios.
- Miembros de las organizaciones comunitarias a las que pertenecen o asisten los delegados comunitarios.
- Coordinadores técnicos y miembros del Equipo de Gestión de los Consorcios Sub Receptores del Programa de la VI Ronda
- Funcionarios de las direcciones regionales de salud. en cada sede macrorregional
- Representantes de la ESR ITS VIH, miembros de la COREMUSA, representantes de redes de organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA (OPVVS) y de población vulnerable (PV) y Coordinador Técnico del SR.

La unidad de análisis y sus complementos que conforman el universo, contribuyen con sus respectivos instrumentos para buscar las respuestas a las dos primeras preguntas que guían esta sistematización y que se relacionan con las expresiones de empoderamiento.

Atendiendo al requisito legal para participar del proceso, los diez delegados comunitarios visibilizaron su condición de PVVS o de PV. Las exigencias de confidencialidad de la identidad por su condición de personas víctimas de estigma, discriminación y homofobia, han sido encubiertas identificándolos con un supuesto nombre. La publicación de resultados obra en la página web de CARE Perú con un acceso abierto, pues los delegados comunitarios han entregado a esta institución las cartas de autorización para realizar el estudio y para dar a conocer sus resultados con la identidad y nominación legal de cada delegado.

Otro aporte significativo para el análisis lo constituyen las fuentes secundarias que contribuyen a dar respuesta a la pregunta relacionada con las decisiones de gerencia macro y meso, adoptadas por los actores institucionales en torno a la VI Ronda y a los delegados comunitarios en cuanto contributivos o no a su empoderamiento.

2.4. Trabajo de campo: desarrollo y limitaciones

- a. El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de setiembre y octubre del 2012 y se aplicó en tres macrorregiones:

En la macrorregión Norte, entre el 03 y el 7 de setiembre 2012, cubriendo las regiones de Piura, Lambayeque y La Libertad.

En la macrorregión oriente, entre el 10 al 12 de setiembre 2012, en las regiones de Loreto, Ucayali y San Martín.

En la macrorregión centro sur, del 25 de setiembre al 10 de octubre 2012, cubriendo las regiones Lima, Callao y Arequipa. Ver Anexo 1.

- b. Tres situaciones han afectado la realización del trabajo de campo en los términos previstos. La primera fue el retiro del delegado comunitario (DC) Carlos debido a un accidente de tránsito que lo llevó a severas lesiones neurológicas que dictaminaron en el primer trimestre del 2012, su invalidez permanente. Todos los instrumentos que estuvieron previstos para los informantes claves de Carlos fueron aplicados. Los direccionados a su persona fueron materialmente imposibles de administrar.

La segunda, han ido las pocas encuestas aplicadas a los representantes de organizaciones de PVVS y PV por razones geográficas y/o por la rotación en los representantes, los cuales no disponían de la información necesaria.

La tercera, la no realización del grupo focal en Lima con los informantes claves de los delegados comunitarios de la MR Centro Sur, incluida la delegada comunitaria del Objetivo 4, cuya cobertura era nacional. Hubo hasta tres convocatorias. Se adujeron razones de no disponibilidad de tiempo.

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1. Paradigmas, teorías generales, teorías sustantivas y categorías²⁰

El marco teórico constituye un corpus de conceptos de diferentes niveles de abstracción y articulados entre sí, que orientan la forma de aprehender la realidad. Incluye supuestos de carácter general acerca del funcionamiento de la sociedad y la teoría sustantiva o conceptos específicos sobre el tema que se pretende analizar.

En el nivel más general de la teoría encontramos el paradigma. Éste constituye un conjunto de conceptos teórico-metodológicos que el investigador asume como un sistema de creencias básicas que determinan el modo de orientarse y mirar la realidad.

La teoría general está constituida por un conjunto de proposiciones lógicamente interrelacionadas que se utilizan para explicar procesos y fenómenos. Este marco conceptual implica una visión de la sociedad, del lugar que las personas ocupan en ella y las características que asumen las relaciones entre el todo y las partes

En un nivel menor de abstracción se encuentra la teoría sustantiva que está conformada por proposiciones teóricas específicas a la parte de la realidad social que se pretende estudiar. A partir de ella se definirán los objetivos específicos de investigación y se tomarán otras decisiones relevantes acerca de otras etapas del diseño como, por ejemplo, aquellas referidas a la técnica de recolección de los datos: la definición de las preguntas del cuestionario en el caso de una encuesta, o en la selección de temas, ejes y conceptos sensibilizadores en una entrevista semi-estructurada o una guía de observación.

Las teorías micro sociales se centran en el análisis de las relaciones sociales, de los vínculos de las personas con su entorno físico y social, sus acciones y desempeños en sus posiciones o inserciones sociales, sus orientaciones, valores y creencias hacia el medio y sí mismos, así como de sus interpretaciones de sus experiencias cotidianas.

Las categorías son las unidades más básicas de las conceptualizaciones y se refieren a clases de objetos de los que puede decirse algo específicamente.

En la metodología cualitativa, los datos recogidos necesitan ser traducidos en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de

²⁰ Se sigue muy de cerca las definiciones de Sautu, R. "Todo es teoría: Objetivos y metodología de la investigación". 2005. Buenos Aires. Edit. Lumiere. Págs. 24 - 28.

manera que se puedan organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo algún tipo de patrón o regularidad emergente.

Cuando se han incluido muchas ideas en una categoría se debe analizar la posibilidad de dividirla en sub categorías para facilitar el análisis posterior. En ambos procesos se procede a la definición operacional indicando como se la encuentra en la realidad estudiada (conceptos emergentes) o según el marco teórico.

Para estudiar a los delegados comunitarios, como agentes intermediarios en el desarrollo comunitario y la respuesta al VIH SIDA, se asume Enfoque de Desarrollo Humano (Amartya Sen y PNUD), sustentado en los derechos humanos como la libertad para desarrollar capacidades y ampliar oportunidades, la participación social y construcción de ciudadanía, y la gestión sinérgica de capitales, relevando el rol del capital social como impulsor de los demás capitales (humano, cultural, natural, financiero, entre otros).

Se aborda la teoría del capital social individual y comunitario con la teoría sobre participación ligada al empoderamiento individual y comunitario. Se asume como una teoría sustantiva para respaldar la respuesta al VIH SIDA, al Principio de Mayor Involucramiento de las Personas Afectadas (MIPA), considerándola una de las vigas conceptuales más importantes para desarrollar la articulación intrínseca entre el desarrollo de los activos de capital humano y capitales social individual y comunitario con los niveles de empoderamiento individual y colectivo de las personas que viven con el VIH y en condiciones de vulnerabilidad por este daño. Constituye una directriz de gestión: Ampliar y apoyar programas de capital social que se enfoquen en respuestas al VIH que sean sostenibles y que estén impulsados por la comunidad, mediante la inversión en desarrollo comunitario, formación de redes, fortalecimiento de capacidades y recursos para las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH.

La comprensión del estigma y discriminación en VIH/SIDA y su relación con la destrucción y/o construcción de capital social de las personas afectadas por el VIH/SIDA o en condiciones de vulnerabilidad, han sido revisadas con la importancia debida, en tanto, son realidades actuantes en la vida de los delegados comunitarios.

Estos recursos conceptuales, articuladamente, y en este continuum, concurren al diseño del estudio, a su análisis y a la discusión de los resultados. Una versión más esquemática de los componentes reseñados se detalla a continuación:

3.2. Definición de categorías y conceptos

3.2.1. Desarrollo humano

Desarrollo humano es el proceso que conduce a la realización de las capacidades, logros y libertades de los seres humanos que coloca al ser humano al centro del desarrollo; considera al crecimiento como un medio y no como un fin; protege las oportunidades de vida de futuras generaciones al igual que las de las generaciones actuales y respeta los sistemas naturales de los que dependen todos los seres vivos.

Para generar desarrollo es fundamental que se combinen y complementen en ciertas dosis los diferentes tipos de capital: el capital humano (activos que una persona posee como consecuencia de las características propias de su condición humana: conocimiento, educación, salud, destrezas, tiempo, y otros), el capital natural (escenario y medios naturales para el desarrollo) y el capital físico (todos aquellos activos generados por la intervención del hombre sobre la naturaleza, son los principales medios para trabajar). Estos capitales se apoyan en el denominado capital social que en una primera aproximación se define como los valores, las normas, las organizaciones y los mecanismos de asociación, que facilitan las relaciones interpersonales y permiten la convivencia social.

En este punto es pertinente incluir la definición de “activos” por su recurrente uso en el análisis e interpretación de los componentes del estudio, entendiéndolos como medios que disponen las personas para alcanzar objetivos, que reflejan sus aspiraciones de largo plazo, así como sus necesidades inmediatas. Cada persona dispone de un conjunto (portafolio) de activos que controla en un determinado momento de la vida.

3.2.2. Capital humano

En la década de 1960 se acuña el término “capital humano” continuando un desarrollo con los aportes de Robert Solow (1957), pasando por Theodore W. Schultz (1961), Denisson. E, F. (1962), Gary Becker (1964), y Jacob Mincer (1974).²¹

Su uso más importante se encuentra en el acceso al empleo o auto empleo remunerado, actividad que a su vez constituye fuente adicional de múltiples tipos de activos.

A nivel individual, el estado de salud, las calificaciones, destrezas y habilidades son atributos básicos de este tipo de activos, pero también lo son algunos contenidos mentales que envuelven motivaciones, creencias y actitudes. Uno de los contenidos mentales más importantes es el grado de convencimiento en la necesidad de hacer una inversión sostenida en la acumulación de activos a través de medios

²¹ Cardona A. y otros. “Capital humano: una mirada desde la educación y la experiencia laboral. 2007 ISSN, Medellín. Págs. 8-9.

institucionales como condición para alcanzar las metas de bienestar que propone la sociedad. Ello implica creer, por un lado, en la accesibilidad efectiva de la estructura de oportunidades existente y, por otro, que transitando por esas estructuras es posible obtener los recursos requeridos para una integración plena a la sociedad.

Para la OIT (2004), la teoría del capital humano y los posteriores estudios que se han realizado han demostrado que la educación es un bien imprescindible para el individuo y para la sociedad en su conjunto, en tanto amplía las posibilidades de acción y elección de los individuos y de la sociedad en general.

Es importante destacar que el crecimiento del capital humano, considerado en su dimensión integral de educación de la persona, trae beneficios en la calidad de las relaciones y de la convivencia civil con efectos importantes en la calidad de la vida. La mejora general de la calidad del entorno en que se desarrollan las actividades económicas, por otra parte, no es neutral en función de la calidad y de la cantidad de las actividades económicas mismas.

3.2.3. Capital social

“Conjunto de recursos (afectivos, materiales, informativos, etc.) con que cuenta un actor social (individual y/o colectivo) por ser parte de determinadas estructuras o redes sociales. Los recursos que necesita una persona están en posesión de otros actores sociales y por lo tanto, mediante los vínculos que sostenga con estos actores pueden satisfacer sus necesidades o lograr sus objetivos. En consecuencia, en estos vínculos se halla el capital social que dispone”²². Díaz Albertini J. Portes, citado en esta misma publicación, define capital social como la habilidad de asegurar beneficios sociales a través de la membresía a redes y otras estructuras sociales.

3.2.4. Tipos de capital social

John Durston²³, elabora un resumen de las características de las cuatro principales formas de capital social (individual, grupal, comunitario y puente) y analiza sus principales dinámicas:

a. Capital social individual

Son las relaciones sociales que tiene la persona con características de un contrato informal entre dos en base a la confianza y reciprocidad que se extiende a través de redes egocentradas. El capital social individual es un crédito social que ha acumulado la persona en forma de reciprocidad difusa y que puede reclamar en momentos de necesidad, a otras personas para las cuales ha realizado en forma directa o indirecta, servicios o favores en cualquier momento en el pasado.

²² Díaz - Albertini, Figueras. 2010. “Redes cercanas: El capital social en Lima”. UniverSIDAd de Lima. Fondo Editorial. Pág.64.

²³ “Capital social parte del problema, parte de la solución”. 2000. CEPAL. Serie Políticas sociales. N° 2000. Santiago de Chile.

Las redes interpersonales simples son las formas más importantes del capital social individual.

El capital social de una persona es su capacidad para movilizar la voluntad de otras personas en su beneficio sin recurrir a la fuerza o a la amenaza de fuerza. El monto de capital social que puede movilizar una persona está en relación directa con tres factores. Extensión de las obligaciones o derechos que generan la expectativa de recibir recursos de otras personas. IntenSIDAD de los lazos que vinculan a las personas en las redes y la fuerza de las normas que regulan sus interacciones, lo que tiene que ver con la mayor o menor importancia de las sanciones que se aplican a los que no cumplen con las expectativas de reciprocidad. El último factor refiere a la significación de los recursos que circulan en las redes, en términos de su mayor o menor capacidad para facilitar el logro de las metas de los miembros.²⁴

b. Capital social grupal

Es la forma más simple del capital social colectivo y una ampliación del capital social individual. Opera principalmente en base a la reciprocidad individual entre los miembros del grupo. Suele estar orientada por los objetivos personales del líder del grupo.

Como todas las formas de capital social, el grupal tiene aspectos horizontales-entre iguales y verticales, entre personas con más o menos poder social. Estos pequeños grupos suelen tener un solo líder- la persona con mayor prestigio y recursos económicos o políticos-quien mantiene relaciones de poder desigual con los otros integrantes y ejerce algún grado de control sobre ellos.

c. Capital social o comunitario

Tiene que ver con las instituciones locales formales que operan como sistemas de autogestión, poseen participación, normas de conductas y control social.

El capital social comunitario emerge de las acciones de agentes individuales por maximizar su capital social individual. Las instituciones complejas del capital social comunitario sirven de marco regulatorio del capital social individual, y se produce tanto debilitamiento como retroalimentación del capital social comunitario como resultado de las estrategias individuales de fortalecimiento de redes ego-centradas.

Otras formas de capital social han sido identificadas por algunos estudios, en función a las características de las relaciones sociales que lo generan, cuya utilidad para efectos de análisis son bastante operativos. Ellos son: capital de unión o lazo, capital de puente y capital social de escalera.

En el cuadro siguiente se integran y sintetizan las definiciones de estos tipos de capital social, aportadas por Putnam, el Banco Mundial, Narayan y Woolcock²⁵:

²⁴ Cfr. Kaztman, R. 2008. "Nota sobre la medición de la vulnerabilidad social". CEPAL. Pág. 285.

²⁵ Cfr. Woolcock, M. y D. Narayan. 2000 "Social capital: implications for development theory, research and policy". *World Bank Research Observer*, vol. 15, Nº 2.

Capital social	Definición
Unión, lazo o relacional (Bounding)	<ul style="list-style-type: none"> - Son los lazos de familia, grupo y comunidad. - Implica nexos horizontales entre pocas personas con condiciones de vida similares con un cierto nivel de vecindad. - Facilitar el acceso rápido a recursos locales y probablemente de una manera más rápida ante urgencias y crisis. - Capital social que más sentido de pertenencia ofrece y tiene más compromisos, controles sociales y más demandas de reciprocidad. - Es un capital de sobrevivencia.
Puente o vinculante (Bridging)	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones entre grupos similares ubicados en espacios geográficos distintos. - Formas articuladas de organización o redes organizacionales de una misma identidad que actúan en un espacio relativamente común y en torno algunos intereses comunes. - Capacidad para presionar para producir cambios en las políticas y reglas que determinan la distribución de los activos. - Capacidad para influenciar en las agencias sectoriales que controlan la oferta de activos en espacios e instancias provinciales, regionales, nacionales. - Generan espacios de propuesta y discusión. - Se yerguen como interlocutores ante sectores de la sociedad civil - Es un capital de superación.
Escalera (Linking)	<ul style="list-style-type: none"> - Redes entre grupos y personas de distinta identidad y distintos grados de poder sociopolítico. - Nexos que crean relaciones medianamente consolidadas entre personas, comunidades y agencias públicas y organismos no gubernamentales externos. - Facilitan el acceso a esferas políticas, a recursos de agencias externas, al apoyo de estas agencias en momentos de crisis o amenaza, u otros. - Vincula a las personas y los grupos con los planes, programas y proyectos, así como con los grupos privados y con los espacios políticos administrativos donde se determina el diseño de las políticas sociales. - Es un capital para construcción de ciudadanía.

3.2.5. Redes sociales

Son los vínculos que los sujetos establecen con otros individuos, grupos o instituciones.

Las redes pueden ser simétricas y asimétricas, y pueden consistir en intercambios de diferentes formas de capital (los otros recursos que se poseen, económicos, culturales, simbólicos).

Los principales recursos disponibles en las redes sociales son:

- Recursos de información proporcionada por los actores significativos que puede proveer información útil sobre oportunidades y opciones constituyéndose en un mecanismo de promoción personal y grupal.
- Recursos de influencia por los vínculos que ejercen en los actores decisores, según su ubicación en una estructura de poder.
- Recursos de respaldo social más allá de los capitales personales o colectivos.
- Recursos de identidad y el reconocimiento que proveen apoyo emocional y capacidad para exigir un derecho.

Se reconocen los siguientes tipos de redes sociales:

- Redes egocentradas: conjunto de vínculos sociales que un individuo posee.
- Redes grupales: vínculos diferentes entre distintos individuos o grupos que mantienen una relación relativamente fuerte, directa y frecuente.
- Redes organizacionales: conjunto de lazos sociales entre las organizaciones y otros colectivos e individualidades.
- Red burocrática: vínculos entre órganos e individuos de la burocracia con los agentes y/o miembros de la comunidad.

Una red social es capital social cuando los actores involucrados en la relación de intercambio aportan distintos tipos de recursos, los mismos que se disponen para que estén accesible para otros. Estos recursos pueden ser parte del capital que tiene cada uno de los actores que entran en relación (capital humano). También existen recursos que están insertados en las redes de otros actores con los que se interactúa, sobre los cuales se tiene acceso directo o indirecto.

3.2.6. Confianza

La confianza individual es una actitud basada en la expectativa del comportamiento de la otra persona que participa en una relación en el afecto que existe entre ambos. La confianza tiene un soporte cultural en el principio de reciprocidad, un soporte emocional en el afecto que se siente hacia personas que se muestran confiables y quienes muestran confianza en nosotros. Se expresa en conductas reiteradas y reforzadas de expresiones que comunican esa confianza en discursos y en acciones de entrega del control sobre bienes.²⁶

Confiar implica una disposición a entregar el control de bienes propios al otro (o, en el caso de una institución, a sus autoridades).

La construcción de confianza y la cultura de confianza entre las personas que comparten un mismo espacio físico y social tienen un valor causal en la generación y la acumulación del capital social.

²⁶ Durston, j. 2010. "Capital social campesino en la gestión del desarrollo rural". CEPAL. Capítulo I. Pag.2. www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/11700/Indice.pdf

Tres tipos de expectativas están relacionados con la confianza:

- Expectativa en el funcionamiento y orden del sistema social.
- Expectativa que los otros tengan las competencias, capacidades y habilidades que sean útiles.
- La expectativa que se cumplan las obligaciones adquiridas sustentando la reputación del actor social para actuar en forma solidaria y respetuosa de los derechos.

Existe también la confianza institucional (*institutional trust*) que alude a las formas Básicas de confianza en las instituciones sociales.

3.2.7. Definición de activos

Es el conjunto de recursos, materiales o inmateriales, sobre los cuales los individuos y los hogares poseen en control, y cuya movilización permite mejorar su situación de bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida o disminuir su vulnerabilidad. Es sinónimo de capital.

Son considerados tipos de activos: sociales, físicos, financieros y naturales. En los activos sociales se suele incluir los activos culturales y políticos.

3.2.8. Participación social

Es el proceso en el que las personas, independientemente de su edad, sexo y condición social, intervienen equitativamente en la toma de decisiones que afectan su desarrollo personal, familiar y comunitario, para lograr su auto realización, mejorar su calidad de vida y hacerla sostenible en el tiempo.

La importancia de la participación en la salud pública, más específicamente en la comunitaria, se consagró en Alma Ata, en 1978, que la definió como el proceso en virtud del cual individuos y familias asumen responsabilidades en cuanto a su la salud y bienestar propios y los de la colectividad mejorando, la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.

3.2.9. Tipos o modalidades de participación social:

Siguiendo a Durston, citados por Raczynki y Serrano²⁷, se identifican las siguientes modalidades:

a. Participación como habilitación social y empoderamiento

Participación en la cual las personas y las comunidades adquieren destrezas y capacidades, fortalecen sus propios espacios y organizaciones, y actúan con un

²⁷Cfr. Raczynski, Dagmar y Serrano, Claudia. 1998. "Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos". Asesorías para el desarrollo. Santiago de Chile.

sentido de identidad y de comunidad propio. A la vez, logran proponer temas al Estado, influir en la toma de decisiones e incrementar su capacidad de negociación e interlocución con el sector público.

b. Participación gestonaria

Combina la participación asociada a la toma de decisiones y la participación que redundo principalmente en beneficios concretos de satisfacción de necesidades básicas. Supone que existe liderazgo social e información para actuar como interlocutor de las agencias estatales.

c. Participación instrumental

Tiene por propósito la satisfacción de necesidades básicas y aquella que utiliza la oferta, tal cual viene predefinida desde los canales institucionales correspondientes.

d. Participación consultiva

Participación para hacerse escuchar y ser escuchado con opiniones, críticas, iniciativas. En ese plan se hallan las experiencias tipo cabildos o consultas locales, con una interacción activa autoridad-líder-población, que respeta la identidad local, contribuyen al capital social y abren espacios de conversación y consulta sobre temas a los que convoca la autoridad y en ocasiones la comunidad.

3.2.10. Estado del arte del concepto de empoderamiento

a. Generalidades

Etimológicamente el concepto de empoderamiento alude a permitir, capacitar, autorizar, o dar poder sobre algo o alguien o para hacer algo. Antes el Diccionario de Oxford lo consideraba como delegación de poder; ahora su definición considera empoderar como “to enable”: permitir a uno hacer algo, o capacitar a uno a hacer algo. Conceptualmente, se refiere al proceso o mecanismo a través del cual personas, organizaciones o comunidades adquieren control o dominio sobre asuntos o temas de interés que le son propios.

Es un concepto multidimensional y complejo, difícil de definir y con muchos matices según los autores, las tradiciones de las distintas disciplinas que lo utilizan y los diferentes escenarios de intervención.

La idea de empoderamiento se ha desarrollado con la finalidad de impulsar a aquellos grupos vulnerables que han sido objeto de exclusión social y discriminación.

El siguiente cuadro resume los principales conceptos y autores sobre empoderamiento:

Notas fundamentales del concepto de empoderamiento	Autor
<ul style="list-style-type: none"> – Como cambio en las relaciones de poder en favor de aquellos que con anterioridad tenían escasa autoridad sobre sus propias vidas – Como poder sobre recursos financieros, como poder para hacer cosas, como poder con otros actores, como poder de adentro. 	Romano, 2002

Como control de los recursos físicos, humanos, intelectuales, financieros, su propio ser, la ideología (creencias, valores y actitudes).	Batliwala, 1993
Como protagonismo de los actores: voluntad y el poder que cada persona tiene para cambiar su vida	Navarro, 2004
Como la expansión en la libertad de escoger y actuar	Banco Mundial 2004
Como una estrategia para contribuir a la democratización y ejercer la ciudadanía.	Carlos Soria, 2005
Como la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas.	Zimmerman, 1988
Proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas, para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes.	Ortíz-Torres,

b. Conceptualización

Empoderar significa aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan en su vida.

Empoderamiento es el incremento de los activos y capacidades de grupos e individuos diversos para participar, negociar, influir y controlar aspectos que afectan su bienestar.

En este sentido, empoderar implica remover las barreras institucionales formales e informales que impiden a los individuos emprender acciones para aumentar su bienestar y limitan sus capacidades de elección.

A continuación se presenta las características de cada uno de los aspectos claves definidos:

- Acceso a información: Las personas informadas están mejor preparadas para aprovechar las oportunidades, obtener servicios, velar por sus derechos, negociar eficazmente y controlar las acciones del Estado y de los actores no estatales.
- Inclusión y participación: La inclusión social es la eliminación de obstáculos institucionales y el desarrollo de incentivos que aumentan el acceso de diversas poblaciones a oportunidades de desarrollo de capacidades y activos.

El empoderamiento se hace visible en la participación de los individuos en la toma de decisiones institucionales.

Es necesario que la población cuente con canales adecuados para acceder a la toma de decisiones para aprovechar eficazmente las oportunidades para mejorar su calidad de vida.

La modalidad de participación que se promueva en los proyectos se convertirá en un mecanismo para impulsar los procesos de fortalecimiento de capacidades de la población.

- Responsabilidad y rendición de cuentas: Potestad de llamar a los funcionarios estatales, empleados públicos, o actores privados a rendir cuentas, requiriendo que sean responsables de sus políticas, sus acciones y del uso de los fondos.
- Capacidad organizativa local: Habilidad de la gente para trabajar junta, organizarse y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común.

Las comunidades organizadas tienen más posibilidades de que se escuchen sus voces y de que sus necesidades se satisfagan que aquellas comunidades con poca organización. La capacidad local de organización es fundamental para avanzar en el desarrollo.

c. Niveles del empoderamiento

Se identifican los siguientes niveles: individual o personal, comunitario o colectivo y el organizacional.

El empoderamiento individual

Hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas. Es decir, el desarrollo personal y la capacitación de las personas en competencias para las relaciones y la intervención social.

Al empoderamiento, desde la perspectiva individual, se le asocian términos como: auto-fortalecimiento, control, poder propio, autoconfianza, decisión propia, vida digna, capacidad para luchar por los derechos propios, independencia y acción libre. Si bien la persona autónoma sabe que es responsable de su propio destino y que es libre de hacer lo suyo, tiene en cuenta que no sea a costa de los demás a través de la explotación y/o la indiferencia. Sólo cuando su ética interior y su comportamiento exterior sean congruentes, es posible hablar de autonomía.

La autonomía es condición de una persona empoderada. Pero el empoderamiento de los colectivos no supone necesariamente un estado de autonomía de todos sus individuos, lo cual señala que hay situaciones y contextos que propician la autonomía y otros que la menoscaban.

El empoderamiento comunitario o colectivo

Maritza Montero²⁸, define el proceso de empoderamiento o fortalecimiento comunitario como “el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos.

Es importante remarcar que existe una relación dialéctica entre las diferentes dimensiones que, si bien tienen una cierta progresión -ya que la última supone las anteriores y las incluye-, deben tenerse en cuenta y trabajarse simultáneamente, aunque según el momento de la intervención se deberá hacer mayor hincapié en alguna de ellas.

El empoderamiento organizacional

En las ciencias administrativas se usan indistintamente los conceptos de “empowerment”, “empoderamiento” o “facultamiento”.

El facultamiento o empoderamiento organizacional, en este contexto es un proceso selectivo consciente e intencionado que tiene como objetivo la igualación de oportunidades entre los actores sociales. El criterio central es de transformación de sectores sociales excluidos en actores, y de nivelación hacia arriba de actores débiles.

El objetivo del facultamiento es transmitir responsabilidad y recursos a las personas, con el fin de obtener su energía creativa e intelectual, de modo que puedan exhibir un verdadero liderazgo dentro de sus propios ámbitos de competencia y, al mismo tiempo, ayudar a enfrentar los desafíos generales de toda la organización. Es pertinente señalar que sólo las organizaciones que tengan un grado de madurez que les permita ejercer autoridad, poder y decisión, podrán conferir a su personal estos atributos.

En un ambiente organizacional, el empoderamiento de los pares y colaboradores es crítico. Conger y Kanungo²⁹ identifican ciertas características de una organización que la hacen más propensa a lograr mayores condiciones de empoderamiento:

- Inclusión: fomentar la igualdad de oportunidades y alentar la participación de personas y grupos diversos;

²⁸Montero, Maritza.2003. “Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad”. Buenos Aires, Argentina: Paidós.p.76.

²⁹Conger, J. y Kanungo, R. 1998.”Empowerment process: Integrating theory and practice. Gill University.

- Cohesión:** trabajo conjunto para resolver necesidades y diferencias sin confrontaciones;
- Rendición de cuentas:** mecanismos a través de los cuales los individuos puedan hacer llegar su voz a las autoridades para que sirvan al interés público de una manera eficaz, eficiente y justa, rindiendo cuentas y asumiendo la responsabilidad por sus acciones.

d. Dimensiones del empoderamiento

- Empoderamiento social:** proceso que busca el auto reconocimiento personal y/o grupal como sujetos de derechos, el fortalecimiento del tejido institucional y el desarrollo de las capacidades organizacionales para incidir en diversos ámbitos de la vida personal y colectiva.
- Empoderamiento político:** Proceso de modificación de las relaciones de poder a partir de la intervención de los grupos excluidos, marginados, discriminados o vulnerables que en base a un fortalecimiento organizacional logran una significativa participación en los espacios de poder y de decisión pública. Es la dimensión por excelencia para el ejercicio de la participación ciudadana.
- Empoderamiento económico:** Proceso para acceder a activos económicos como el empleo e ingresos y que permiten seguridad económica haciendo a la persona más dueña de sí misma y de mayor autonomía.

3.2.11. Definición de Estigma

Se le define como una marca social oprobiosa y desacreditadora que se impone a una persona o grupo de personas por el sólo hecho de presentar o atribuírsele una característica, un comportamiento o un rasgo que la diferencia de las demás y que es considerado inferior, indeseable, devaluado, deshonroso o desviado. Esas características pueden ser físicas, étnicas, sexuales, condición de salud o de otra índole que pueden presentarse entremezcladas en una suerte de doble o múltiple estigmatización.

El estigma es una barrera para que las personas que viven con el VIH revelen su condición y accedan al apoyo y los servicios de tratamiento disponibles, y para la prevención contra el VIH que anima a la gente a adoptar comportamientos seguros. Asociar el VIH con un 'mal' comportamiento y la muerte, desalienta a la gente de averiguar si son VIH positivos o de revelar su condición si saben que lo son. El estigma constantemente les recuerda a los miembros de grupos discriminados que son marginados sociales o incluso que merecen ser castigados. Si la gente es ridiculizada o tratada con hostilidad, podría sentirse abandonada y es, por lo tanto, menos probable que haga lo recomendado para cuidar de sí misma.

3.2.12. Categorías de estigma

En los estudios realizados en Sudáfrica y México por Policy³⁰, se apreció que el estigma asociado al VIH podía consistir de tres categorías: estigma pre-existente, estigma específico al VIH y estigma palpable o tangible. Estas categorías se superponen e interrelacionan; no actúan como elementos aislados, sino que forman un continuo que construye y apoya a las otras categorías.

- a. **Estigma pre-existente** es un factor crucial para entender el estigma en torno al VIH. Las características recurrentes del estigma pre-existente incluyeron: actitudes negativas hacia el sexo y uso ilegal de drogas, así como cuestiones de género, raza, orientación sexual y estatus económico o de clase. El estigma pre-existente en todos los casos parecía enfocarse en cuestiones de desviación de la “norma” (diferencia), inferioridad o debilidad, y personas que se enfrentaban a lo desconocido (incluyendo miedos, mitos y prejuicios que acompañan al proceso).
- b. **El estigma específico al VIH** se relaciona directamente con percepciones como la enfermedad de la inmoralidad, muerte inminente o sensación de peligro exagerado. La enfermedad de la inmoralidad deriva del hecho que el SIDA es considerado “sucio” y está íntimamente ligado con el estigma pre-existente.
- c. **El estigma palpable** describe un proceso que se mueve más allá de las percepciones y actitudes, y va hacia las acciones. Sigue consistentemente un patrón de tres pasos: identificar a los infectados, crear una distancia entre “ellos” y “nosotros”, y restringirlos o excluirlos (a “ellos”).
- d. **El estigma interno** es la internalización o aceptación de la experiencia del estigma. Es un proceso complejo que es afectado por la percepción que uno tiene de sí mismo, así como por influencias físicas y externas. En respuesta a la experiencia del estigma, las personas que viven con VIH pueden adoptar acciones protectoras que, a su vez, tienden a reforzar y legitimar el estigma o el estigma interno.

Con base en los hallazgos de los proyectos mencionados, el estigma interno fue conceptualizado en un ciclo de tres categorías importantes: la experiencia del contexto, la auto-percepción y la acción protectora. Vale señalar que lo anotado deviene de estudios en proyectos que se enfocaron en el estigma interno de las personas que viven con VIH, sin embargo, se pueden extrapolar estos hallazgos a grupos marginados que son vulnerables a la infección del virus.

3.2.13. Discriminación

Es un trato injusto, desigual, arbitrario e injustificable dado a una persona a partir de su condición social, física, de salud, étnica, sexual, religiosa, política o de otra índole que anula o vulnera sus derechos humanos y la igualdad de oportunidades.

³⁰USAID.2006. “Romper el ciclo: Estigma, discriminación, estigma interno y VIH”. Policy Project.

Se refiere a las actitudes y acciones o a la ausencia de acciones que se derivan del estigma. Esta se produce cuando se hace una distinción contra una persona a raíz de su pertenencia, real o supuesta, a un determinado grupo, en particular a un grupo estigmatizado.

Se entenderá por discriminación relativa al VIH/SIDA, aquella diferenciación injustificada que se produce sobre ese grupo (personas con VIH) desde un punto de vista estructural (marginación, pobreza, explotación, violencia, etc.) y de forma cotidiana por un rasgo no escogido, como es el de la seropositividad al VIH.

La discriminación también debe contemplarse como una cuestión de salud pública, en el sentido de que es un obstáculo para el suministro de información sobre los riesgos de transmisión, que debería tener una base lo más amplia posible para impulsar la prevención; inhibe la personalización del riesgo del VIH por miedo a generar desconfianza o críticas, lo que reduce las posibilidades de negociar medidas preventivas; socava la predisposición de las personas a conocer su estado serológico y limita el recurso a la detección sistemática; hace que las personas infectadas nieguen que tengan la enfermedad y reduce las probabilidades de que busquen tratamiento; provoca que se desatendan las necesidades específicas de las personas infectadas y fomenta la inacción por parte de las instituciones de salud pública y la falta de compromiso a cargo de los profesionales sanitarios.

3.2.14. Construcción de capacidades, competencias y capacitación

a. Capacidades:

Son los conocimientos, habilidades y actitudes que cada individuo posee y está en condiciones de utilizar para su beneficio personal y colectivo. Es necesario que el desarrollo de capacidades esté acompañado de la expansión de oportunidades para elegir y actuar.

Construcción de capacidades es la creación de capacidades de las personas mediante la información, la formación, toma de conciencia y organización, de modo que puedan articular sus intereses y promover el cambio social como un proceso de empoderamiento.

b. Competencias

Es el conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona y que le permiten la realización exitosa de una actividad.

c. Capacitación

Es un proceso que posibilita que las personas y organizaciones incrementen los conocimientos, desarrollen habilidades y destrezas que les permitan un manejo eficiente y eficaz de los recursos a su disposición, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población. La capacitación es concebida como la principal estrategia para el desarrollo de capacidades.

El propósito de la capacitación es la generación de oportunidades de incrementar sus conocimientos, desarrollar sus habilidades y mejorar sus actitudes, permitiendo disminuir la brecha existente respecto al perfil normativo o socialmente deseable que deben asumir las personas para desempeñar sus roles y funciones.

3.2.15. Decisiones estratégicas

La toma de decisiones es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel laboral, familiar, vecinal, político, económico, entre otros. Es, sobre todo, elegir una alternativa entre las disponibles, para resolver un problema actual o potencial.

Decisiones estratégicas son aquellas que tienen algunas de las siguientes características: son de mediano a largo plazo, tienen un impacto significativo en la organización, requieren de una concentración de esfuerzos hacia la meta e involucran una amplia gama de actividades que van desde la designación de recursos hasta la realización de operaciones cotidianas; son adoptadas por los altos niveles de dirección de una organización

En este sentido, la toma de decisiones estratégicas es una tarea esencial para la alta dirección, ya que permite a las organizaciones alinear sus recursos y capacidades con las amenazas y las oportunidades que existen en el medio ambiente.

3.2.16. Gerencia social adaptativa

Según Licha es la gerencia que *“... se flexibiliza para resolver los imprevistos que surgen durante la etapa de implementación, mediante la adopción de un enfoque adaptativo, que le permite introducir los ajustes necesarios, en tiempos oportunos, a los programas y proyectos para asegurar los resultados esperados. El enfoque adaptativo de la gerencia social está así también orientado al aprendizaje y cambio organizacional, generado mediante la “experimentación” en el terreno de los sistemas de hipótesis sobre los cuales se han diseñado las políticas”*³¹.

3.2.17. Herramientas de gerencia social

Según Licha³² es el conjunto de *“...metodologías y técnicas de análisis multidimensional de los problemas, para lograr una visión y comprensión holística de la realidad. Además, incluiría instrumentos específicos para analizar y lidiar adecuadamente con los niveles de conflicto, complejidad, incertidumbre e innovación que caracterizan el manejo de las políticas, programas y proyectos sociales, principalmente generados por: i) la participación de diversos actores y organizaciones y la intervención de los distintos niveles de gobierno y de diversas instituciones; ii) la influencia de los múltiples factores*

³¹Licha, Isabel. 1999 “La herramientas de la gerencia social- Notas de clase, setiembre”..Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) - “Diseño y gerencia de políticas y programas sociales”© INDES 2002 , pág. 3

³² Op.cit. Pág. 1.

del entorno donde se desarrollan las políticas; y iii) los cambios introducidos en las prácticas tradicionales de las organizaciones e instituciones de los sectores sociales”.

Continuando con Licha³³, una breve descripción del tipo de herramientas, se halla en el cuadro siguiente:

Tipo de herramientas	Descripción
Análisis del entorno	Guía la caracterización del contexto donde se desarrollarán las políticas, programas y proyectos sociales, y facilita la evaluación de la incertidumbre frente a los cambios que se introducen mediante acciones innovadores.
Análisis de los involucrados	Permite analizar el comportamiento de los actores que tengan interés o papel o que sean afectados por las políticas y programas sociales para explorar la viabilidad socio-política de las mismas.
Construcción de escenarios	Es una herramienta de apoyo gerencial que permite elaborar imágenes del futuro de una situación o problema. Los escenarios son conjuntos coherentes de hipótesis sobre la evolución previsible de las fuerzas del cambio, las variables del entorno y las estrategias de los actores.
Planificación estratégica	Es una herramienta gerencial que permite desarrollar una visión futura de la organización, para responder eficazmente a las necesidades de cambio y lograr su desarrollo y consolidación.
Análisis de problemas	Es una técnica para examinar una problemática determinada y establecer las relaciones de causa y efecto que la definen.
Instrumentos de preparación de programas y proyectos	Herramienta de conceptualización y gestión de programas y proyectos, que permite integrar el análisis de problemas al diseño de soluciones, creando las bases para la implementación y evaluación de los mismos.
Seguimiento y Evaluación	Estas herramientas se aplican para establecer el cumplimiento cabal y oportuno de las actividades planeadas y detectar las fallas internas y las condiciones externas que podrían estar afectando el desarrollo de los mismos, con el fin de poder corregirlas oportunamente. El proceso de seguimiento y evaluación educa o informa la gerencia social guiando los procesos necesarios para entender y priorizar problemas sociales y proponen y gestionan procesos conducentes a solucionar dichos problemas
Técnicas de manejo de conflictos	Estas técnicas permiten un manejo efectivo de procesos que facilitan la creación de acuerdos negociados entre los grupos de actores que tengan objetivos e intereses interdependientes y conflictivos entre sí.
Metodologías para promover y facilitar la Participación	Engloban las metodologías y técnicas de trabajo participativo, tanto a lo interno de las organizaciones (equipos, diferentes unidades) como a lo externo de ellas (grupos de actores e instituciones que participan en procesos de toma de decisiones, gestión, evaluación de las políticas).
Diseño y coordinación de	El diseño de redes (que forma parte del diseño organizacional)

³³Op.cit. Pág. 9.

redes inter organizacionales	constituye un instrumento de la gerencia social que apunta a crear patrones definidos de relacionamiento entre las distintas organizaciones que las conforman, con el fin de optimizar los resultados de las políticas.
Diseño y gestión de la descentralización	Se trata con ellos de apuntalar un proceso de fortalecimiento de los gobiernos locales mediante el desarrollo de las capacidades locales para gobernar y la movilización y participación ciudadana en las políticas públicas.

Más cercano en diversos aspectos, Percy Bobadilla entiende que la Gerencia Social implica *“la orientación y adaptación de bienes públicos y semi públicos que se cogestiona de manera inter institucional o intersectoral buscando garantizar una cooperación racional que produzca beneficios selectivos y compartidos entre actores miembros de la colectividad en la cual se ejecuta el programa o proyecto de desarrollo.”*³⁴

Ello, se fundamenta en tres ejes centrales.

Un primer eje, de naturaleza teórica y que le da sentido a la Gerencia Social con dos referentes conceptuales esenciales: capital social y empoderamiento, ambos basados en sistemas de cooperación, participación y confianza en las reglas de juego que estructuran la cogestión de los programas y proyectos. La Gerencia Social busca que los esfuerzos de participación funcionen sobre la base de la cooperación y la confianza generando estrategias de concertación y desarrollo de capacidades por medio de alianzas estratégicas y redes sociales en el ámbito comunal, local y regional de manera interdependiente.

El segundo eje es el desarrollo organizacional de los actores sociales e institucionales involucrados en la cogestión de los programas o proyectos. Como componentes de este eje se consideran la cultura organizacional, la estructura organizativa y estilos de gestión, toma de decisiones, trabajo de equipos, negociación de conflictos, gestión de recursos humanos.

El tercer eje son las herramientas, las que Bobadilla especifica como de gestión dentro de la Gerencia Social. Son las siguientes: sistema de planificación estratégica, diseño de proyectos, sistema de información (monitoreo y evaluación), sistemas de evaluación de desempeño, diagnóstico situacional/organizacional, técnicas de negociación de conflictos y presupuestos.

Finalmente, conforme a Kliksberg³⁵, la complejidad de la gestión que implican las decisiones estratégicas, requiere de un enfoque de gerencia social eficiente que permita abordar las singularidades y dilemas que se presentan propios de programas sociales masivos, en este caso, de salud pública. Para ello identifica algunas de las direcciones de trabajo más dinámicas en Gerencia Social que se resumen a continuación:

³⁴ Op. Cit. Pág. 16

³⁵ Kliksberg Bernardo. 1997. “Hacia una gerencia social eficiente, algunas cuestiones claves”. Págs. 5 – 7. en *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, Vol. 1 No.1, julio, pp. 7-18, Caracas, Venezuela.

- Desarrollo de un estilo gerencial "adaptativo" en los programas sociales que por su naturaleza tienen un alto grado de "variedad" en las situaciones emergentes y con márgenes significativos de impredecibilidad exigiendo, por lo tanto, un estilo gerencial que estreche el contacto con la realidad, practique las transformaciones necesarias en las programaciones previas y responda al tiempo del programa o del proyecto.
- Análisis sistemático del medio ambiente gerencial, conociendo que el contexto incidirá sobre los procesos de ejecución de los programas sociales. Si se analiza con herramientas adecuadas, será posible poner a foco oportunidades y riesgos que devienen del mismo.
- Potenciación de la descentralización que implica acercamiento a los asistidos, más alta flexibilidad y agilidad de los actores y de los enfoques aplicados, posibilidad de mayor control de los programas por el conjunto social. Un significado muy importante es producir las transformaciones necesarias en los niveles que delegan facultades y recursos, y establecer puntos de coordinación operativos.
- Modelos participativos, en tanto las mayores posibilidades de mejorar la gestión social, se hallan en la movilización de "las promesas de la participación" en la formulación, implementación y evaluación de la misma.
- Diseño de redes y meta redes como garantía de articular sistemáticamente las posibilidades de aporte de los diferentes actores y crear redes y meta redes que los integren.
- Control social que garanticen a la comunidad la máxima transparencia y control sobre la marcha de los programas sociales.

3.2.18. Gestión del entorno

Es la gestión de los entornos dinámicos y en permanente cambio para facilitar el diseño e implementación de políticas públicas, programas y proyectos de desarrollo que gestionan o cogestionan bienes comunes públicos y semi públicos mediante el conocimiento y manejo de conceptos e instrumentos como la planificación estratégica, las alianzas estratégicas, la concertación social, la negociación de conflictos sociales, entre otros.

Siguiendo a Isabel Licha³⁶, se entenderá al entorno como el conjunto de variadas fuerzas relacionadas entre sí, frente a las cuales no se puede ejercer influencia significativa. Dicho entorno introduce un grado importante de incertidumbre y complejidad sobre la acción que debe ser examinado y comprendido, para asegurar el éxito de la misma.

El contexto es próximo cuando se refiere a las fuerzas que operan en el entorno más inmediato a la organización, como lo son las instituciones que conforman un sector específico, o el conjunto de los sectores sociales (Análisis de instituciones); y los usuarios de los servicios sociales, esto es, la comunidad o la ciudadanía (Análisis de usuarios) y sobre las cuales se puede ejercer alguna influencia.

³⁶ Notas de clase INDES.2002.

El contexto es remoto, cuando se refiere a las fuerzas que operan en el entorno más lejano a la organización, constituido por las fuerzas económicas, políticas, sociales, culturales, regulatorias y científico-técnicas.

El análisis del entorno es una herramienta que permite monitorear el contexto para identificar cambios y posicionar la organización frente a ellos, de manera a asegurar su desempeño exitoso. Forma parte de la planificación estratégica y de la construcción de escenarios. Pero además es una técnica valiosa en sí misma, que permite actualizar continuamente la lectura del contexto para ajustar oportunamente la marcha de los programas y anticiparse a cambios importantes que puedan afectar su desarrollo; por ello es básico para la construcción de una Gerencia Social Adaptativa.



IV. MARCO DE POLÍTICAS Y MARCO INSTITUCIONAL

4.1. Referentes de políticas

La experiencia de los delegados comunitarios se enmarca en un conjunto acotado de políticas y programas de alcance internacional y mundial, cuya particularidad es su alineamiento estratégico explícito y la existencia de sistemas de monitoreo y evaluación institucionalizados. Estos referentes son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Principio del Mayor Involucramiento de las Personas que Viven con el VIH/SIDA (MIPA) y el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las ITS VIH/SIDA en el Perú 2007–2011.

4.1.1. Los Objetivos de desarrollo del Milenio

Son el resultado de un proceso de movilización y de acción política sin precedentes, que ha involucrado a actores muy diversos (estados, ONG, organizaciones internacionales, movimientos). La aparición de los ODM, en tanto “agenda social” de la globalización, tiene importantes implicancias para la ayuda al reafirmar como objetivo la lucha contra la pobreza.

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los líderes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer. Los ODM se derivan de esa Declaración. Cada ODM tiene metas fijadas para 2015 e indicadores para seguir los progresos realizados con respecto a las cifras de 1990. Varios de ellos están directamente relacionados con la salud.

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Meta 6A. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.

Meta 6B. Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

Es menester fijarse en el “ODM 8” que propone una “Asociación Mundial para el Desarrollo” que incluye amplios compromisos para los países industrializados en materia de apertura comercial, alivio de la deuda, acceso a la tecnología, y les emplaza a otorgar más y mejor ayuda para el desarrollo. A cambio, los países en desarrollo se comprometen con el “buen gobierno” y la adopción de políticas adecuadas para la reducción de la pobreza.

4.1.2. Definición y avances en la aplicación del Principio del Mayor Involucramiento de las Personas que Viven con el VIH/SIDA (MIPA)

- a. Es un principio orientativo que insta a la participación activa y significativa de las personas que viven con el VIH en la creación, elaboración, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas. Para tener éxito, la participación de las personas que viven con el VIH deberían ser incorporadas a través de todos los aspectos de la respuesta al VIH, incluyendo la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo.

Es pertinente establecer que el Principio MIPA es un enfoque basado en los derechos humanos y es reconocido como buena práctica en la programación y dación de políticas. Este principio reconoce los derechos universales de las personas que viven con el VIH a la auto-determinación y participación en las decisiones que afectan sus vidas.

Se identifican como ejes centrales la participación en la formulación de políticas organizacionales en la programación e investigación, funciones de educadores, apoyo a pares, campañas y vocería en público, incidencia política, trabajo con las OPVVS, etc.

La cooperación técnica y financiera internacional destinada a la respuesta del VIH SIDA, exige como condición esencial la aplicación del Principio MIPA en los programas y proyectos que apoyan.

En la siguiente matriz se sintetiza la implementación del Principio MIPA en el marco de las rondas donde CARE Perú ha sido Receptor Principal, según espacios institucionales, instancias y procesos.

Espacio institucional	Instancias estructurales	Instancias funcionales/actores	Procesos estratégicos	Procesos operativos
CONAMUSA	Representantes de las PVVS y de las PV en la Asamblea General y Secretaria Ejecutiva	Comités técnicos Comités consultivos Medicamentos, Vigilancia, comunicación y de expertos comunitarios. Comité de evaluación de Propuestas técnico económicas Comités de selección de RP y SR. Comité de selección de delegados comunitarios	Formulación de propuestas para el FM. Formulación y evaluación del PEM VIH SIDA Formulación del nuevo PEM VIH SIDA. Aprobación de propuestas técnicas financieras Selección de RP/SR Selección de delegados comunitarios.	Comisiones evaluadoras Reuniones de retroalimentación Monitoreo y supervisión conjunta a RP y SR Monitoreo estratégico de los Programas Dash board.
Receptor Principal	Comité Asesor Comunitario	Delegados comunitarios	Selección de SR que tienen organizaciones de PVV y/o PV entre sus integrantes. Rendiciones públicas de cuentas semestralmente. Evaluaciones externas de medio término y final	Sistematización de experiencia de Asesores Comunitarios Evaluación de delegados comunitarios.
Sub Receptores	Organización es miembro del	Equipo de gestión Consejo Directivo de SR	Asesor Comunitario Redes de OPVVS	Incidencia pública Capacitación

	consorcio conjuntamente con OSC ³⁷ y OSB ³⁸ con la participación de las PVVS y/o PV Consortio está conformado exclusivamente	Comité evaluación del Fondo Rotatorio.	Redes de OPV Promotores educadores de Pares, Consejeros de pares PVVS microempresarios	Comunicación, Monitoreo, evaluación, reuniones de PSB y PAAI Monitoreo y evaluación
COREMUSA	Representantes de las PVVS y de las PV en la Asamblea General	Comités de vigilancia	Incidencia política para generación de normas regionales para aprobación del PERM, acceso de adolescentes a SSSR y a igualdad de oportunidades y trato de las LGTB. Formulación y gestión de proyectos	Supervisión de PPR 2011 y 2012

Fuente: Elaboración propia.

4.1.3. El Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y control de las ITS VIH/SIDA en el Perú 2007 – 2011 y su evaluación.

a. El Plan Estratégico Multisectorial (PEM) fue un esfuerzo de conducción de la CONAMUSA y la Dirección Técnica de la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS VIH/SIDA del MINSA. Contiene 9 Objetivos Estratégicos que se relacionan con propósitos y metas de reducción de casos y prevalencia de las ITS en poblaciones vulnerables (O1), población general (O2), prevención de las ITS en adolescentes y jóvenes (O3), reducción de la transmisión vertical del VIH (O4), gestión del tamizaje de paquetes sanguíneos (O5), acceso de las PVVS a la atención integral (O6) y respuesta multisectorial para la prevención y control de las ITS VIH/SIDA (O9). El Objetivo Estratégico 7 contiene un conjunto de procesos que se articulan con el MIPA:

- Promover un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia: HSH, TS, personas privadas de libertad (PPL) y las PVVS.
- Sensibilización sobre la situación actual del VIH/SIDA en las poblaciones de mayor prevalencia.
- Promoción de normatividad sobre estigma y vigilancia del estricto cumplimiento de leyes antidiscriminatorias a favor de las poblaciones con mayor prevalencia y más expuestas al VIH.
- Formulación de planes locales y regionales de abogacía y lucha contra la discriminación hacia poblaciones vulnerables en alianza estratégica con organizaciones que trabajan en tema de VIH y derechos humanos.

³⁷ Organización Social de Base: No se relacionan con la respuesta al VIH directamente

³⁸ Organización Social Comunitaria (ODC): Sí se relacionan directamente con la respuesta al VIH. Son las organizaciones de personas que viven con el VIH (PVVS) y personas vulnerables.

- Participación de los grupos de mayor prevalencia y más expuestos al VIH (TS, HSH; PPL) en la CONAMUSA, COREMUSA, equipos multidisciplinarios y otros niveles locales.
- Fortalecimiento de las organizaciones, capacitación e información para HSH, TS y PVVS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos.

Este PEM 2007-2011 fue impulsado sustantivamente en sus objetivos, metas y estrategias por el Programa de la VI Ronda del Fondo Mundial denominado “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando recursos para lucha contra el VIH/SIDA en el Perú” en los años 2007 al 2012.

La evaluación final de la Primera Versión del PEM 2007-2011 en lo relativo a este Objetivo Estratégico 7, hace referencia muy limitada a los resultados, pudiéndose rescatar afirmaciones como:

- Se ha producido un incremento de normas y directivas en materia de derechos para disminuir el estigma y discriminación en las PVVS y las poblaciones vulnerables.
- Todavía se mantienen actitudes discriminatorias con las PVVS y poblaciones vulnerables, especialmente las poblaciones trans.
- En tanto no se ha hecho un abordaje planificado de la respuesta considerando explícitamente los ámbitos regionales y locales, los procesos de sostenibilidad y transferencia han tenido serias dificultades para materializarse en estos espacios.
- Los mayores beneficiarios finales han sido los grupos de HSH, TRANS, TS, PPL, PVVS, niños con VIH, adolescentes y población general quienes han accedido a diversos servicios de educación, prevención y tratamiento.
- Los mayores efectos multiplicadores son el trabajo de los promotores educadores de pares, el fortalecimiento de las poblaciones afectadas y vulnerables, el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos y la acción impulsora de las organizaciones de PVVS y de PV.

Es de esperar que en la versión final oficial de esta evaluación se pueda contar con mayores elementos de juicio sobre los logros y limitaciones en el cumplimiento de este Objetivo.

4.2. Marco institucional

4.1.1. Los Programas del Fondo Mundial Un breve y necesario resumen³⁹

El 8 de agosto de 2002 se instaló en el Perú el Mecanismo de Coordinación de Países denominado Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) organismo conformado por representantes del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas por el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en el país. La CONAMUSA es el ente que lidera la implementación de los Programas del Fondo Mundial (PFM) en el Perú, cuyos recursos son destinados a las poblaciones más necesitadas y vulnerables, bajo los principios de derechos humanos en salud, participación social, salud integral y abogacía.

Entre diciembre del 2003 y diciembre de 2008 se implementó el Programa de la II Ronda “Fortalecimiento de la Prevención y el Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”. Las lecciones aprendidas que se fueron identificando durante su ejecución dieron luces para el Programa de V Ronda, siendo las más importantes: (i) la única forma segura de detener el avance en la epidemia es mediante el fortalecimiento de las acciones de prevención; (ii) en toda intervención no debe descuidarse el impacto social que tiene el VIH sobre los afectados y su entorno; y (iii) la necesidad de la descentralización e intervención de todos los sectores, incluyendo el privado, para asegurar la sostenibilidad de las estrategias. El Receptor Principal de esta Ronda fue CARE Perú y la ejecución financiera alcanzó US \$ 25, 198,382.

El Programa de V Ronda “Cerrando brechas: Hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en TB y VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa” – Componente VIH se implementó entre setiembre de 2006 y setiembre de 2011, teniendo como propósito disminuir la incidencia del VIH en poblaciones vulnerables y mantener o disminuir la prevalencia del VIH en población general. Si bien las actividades ejecutadas incrementaron y relanzaron estrategias ya existentes (como la prevención de ITS en poblaciones vulnerables), se introdujeron nuevas iniciativas con el propósito de involucrar a la sociedad civil en el cumplimiento y la sostenibilidad de la estrategia. Entre los aportes innovadores implementados en el marco del Programa destacan: (i) la creación y fortalecimiento de un entorno favorable para las personas afectadas por la epidemia, a través de campañas de disminución del estigma y discriminación, (ii) el fortalecimiento de las organizaciones de PVV; (iii) colocar en agenda el riesgo de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad frente a las ITS y VIH; (iv) el apoyo a los y las huérfanos/as por el VIH como una línea de acción de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH-SIDA (ESN PC ITS/VIH-SIDA).

El Receptor Principal de esta ronda fue CARE Perú y la ejecución financiera alcanzó US \$ 12, 867,465.

³⁹Cfr. CARE Perú 2012. “Informe final del componente VIH del Programa “Cerrando brechas: Hacia el logro de los Objetivos de desarrollo del milenio en VIH/SIDA en el Perú. Propuesta con enfoque de descentralización multisectorial participativa”, período setiembre 2006 – setiembre 2011. Pág.3.

4.1.2. Programa de la VI Ronda: objetivos, sub receptores y delegados comunitarios

El Programa de la VI Ronda se denominó “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando Recursos para la Lucha Contra el VIH y SIDA”. Su periodo de duración comprendió desde octubre 2007 hasta setiembre 2012 y comprendió 4 Objetivos específicos que fueron gestionados por sus respectivos sub receptores.

La propuesta técnica elaborada por la CONAMUSA y aprobada por el Fondo Mundial contenía un modelo de gestión de los objetivos, centralizada igual que los programas precedentes.

En otro capítulo se detallan y analizan los cambios orientados hacia un modelo de gestión descentralizada de los objetivos en su relación con la experiencia del delegado comunitario.

A continuación, y de modo esquemático, se sintetiza información sobre los objetivos, ámbito de intervención, sub receptores a cargo de la gestión, el delegado comunitario y la organización social de base que lo postuló.

Objetivo	Ámbito	Sub Receptor	Delegado Comunitario	OSC que lo postuló
Objetivo 1: Prevención de la Transmisión de VIH e ITS a través la reducción de los casos nuevos de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: HSH y TS.	Macrorregión Norte Sede Chiclayo	Consortio conformado por Vía Libre, INPPARES, Prosa y MHOL	Rubén Antón Farfán (Tonika)	Movimiento Homosexual de Lima - MHOL
	Macrorregión Centro Sur Sede Lima	Consortio conformado por Vía Libre, MHOL, Prosa e INPPARES	Christian Olivera Fuentes	Movimiento Homosexual de Lima - MHOL
	Macrorregión Oriente Iquitos	Consortio conformado por Asoc. Civil Selva Amazónica, CEPCO, Asoc. Civil Cayetano Heredia Salud y Desarrollo.	Alex García Tenazoa	DISAM
Objetivo 2: Reducción de la prevalencia de ITS en la Población General y Promoción de la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.	Macrorregión Norte Sede Chiclayo	Consortio conformado por Max Salud, IDIPS del Norte e IDEAS	Carlos Bravo	ARPOL
	Macrorregión Centro Sur Sede Lima	Consortio conformado por Cedro, Impacta, CEPESJU y Asoc. Civil Amistad y Respeto	Francisco San Martín	REDECOMS
	Macrorregión Oriente Sede Iquitos	Consortio conformado por ADAR, UPCH y Acción por los Niños	Oscar Ríos Chávez	GAM Hermanos de Sangre Pucallpa
Objetivo 3: Escalamiento en la implementación de la estrategia de prevención de la Transmisión vertical del VIH que alcanza al 80% de los centros de atención materna del país	Macrorregión Norte Sede Chiclayo	Consortio conformado por Max Salud, IDIPS del Norte e IDEAS	Leticia Bances Chozo	GAM Ferreñafe
	Macrorregión Centro Sur Sede Lima	Consortio conformado por CMP Flora Tristán, CEPESJU, Fundación San Marcos y Asoc. Jancha Suyacuy	Elizabeth Aquino Arías	PROMSA
	Macrorregión Oriente Iquitos	Consortio conformado por CEPCO, Asoc. Civil Selva Amazónica, Fundación San Marcos, CEPESJU, Impacta y Asoc Lazos de Vida	Jesús Masías Zegarra	GAM Juntos para tu apoyo
Objetivo 4: Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada basada en un sistema de	Instituto Peruano de Paternidad Responsable - INPPARES Sede Lima		Angela Villón Bustamante	Miluska Vida y Dignidad

información que permita una adecuada y oportuna toma de decisiones para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA			
--	--	--	--

CARE Perú, también receptor principal de esta ronda, ha elaborado el documento “Sistematización de la Experiencia de Implementación del Modelo de Gestión Descentralizada de los Objetivos de la VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial” febrero 2013 y la “Evaluación Final del Programa de la VI Ronda”.

La ejecución financiera de esta ronda alcanzó los US \$ 32, 669,809.

Los arreglos institucionales que caracterizan la gestión de estos programas se detallan en el Anexo 3: Información sobre el Fondo Mundial y la CONAMUSA.



V. LÍNEA DE TIEMPO DE LA EXPERIENCIA Y DECISIONES ESTRATÉGICAS PARA LA INICIACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL DELEGADO COMUNITARIO

5.1. Etapas de la experiencia

Es posible identificar en el trayecto de la VI Ronda y en relación a la experiencia de los delegados comunitarios tres etapas bastante definidas con cierta linealidad: Etapa de ideación, selección e inducción inicial del delegado comunitario; etapa de implantación inicial del rol del delegado comunitario y etapa de consolidación del su rol.

5.1.1. Etapa de ideación, selección e inducción inicial del delegado comunitario

Comprende desde la convocatoria de la VI Ronda por el Fondo Mundial, en noviembre 2008 hasta fines del primer año de la primera fase de la VI Ronda.

- a. En el Perú, al inicio del año 2008, estaba concluyendo la II Ronda de los Programas del Fondo Mundial, terminando los dos primeros años de la V Ronda y desde mayo del año 2007, el PEM VIH 2007–2011 en su vigencia inicial.
- b. A partir de la convocatoria del Fondo Mundial para la VI Ronda de financiamiento, la CONAMUSA generó un conjunto de decisiones políticas y técnicas y movilizó un conjunto de actores institucionales y funcionales. El hito más significativo fue el proceso de formulación e implementación inicial del denominado “Modelo de Gestión Descentralizada de los Objetivos de la VI Ronda”. El 11 de febrero 2008, en la Bases Administrativas de la Licitación 002-2008 CARE PERÚ – Selección de los consorcios u organizaciones que implementarán el programa Planes Nacionales Multisectoriales: integrando recursos para la lucha contra el VIH/SIDA – VI Ronda, textualmente expresa que “...se aplicará el Modelo Macro Regional en tres macro regiones y tres sub receptores para los Objetivos 1, 2 y 3, y un único sub receptor para el Objetivo 4 completo”, y en el numeral 2.2. de estas bases administrativas se señala: “Cada Sub Receptor debe contar con su propio personal clave y su Delegado Comunitario”.
- c. Hubo cuatro convocatorias hasta completar la selección de los 10 delegados comunitarios para todos los objetivos y macro regiones, las que se desarrollaron de febrero a agosto del año 2008.
- d. Inmediatamente a los dictámenes del Comité de Adjudicación de la Licitación Pública N° 002–2008 CARE Perú, el Receptor Principal dispuso la evaluación psicológica de postulantes seleccionados por parte de una entidad especializada contratada por CARE Perú. La evaluación comprendió las dimensiones cognitiva,

emocional y de gestión, y se desarrollaron en el mismo período de marzo a setiembre 2012.

5.1.2. Etapa de implantación inicial

Comprende desde el inicio del segundo año hasta fines del tercer año de la VI Ronda.

- a. Los días 5 y 6 de junio 2008, se inician los procesos de inducción inicial de los delegados comunitarios de los Objetivos 1, 2,3 y 4 de VI Ronda, sumando en total diez (10). En el primer año de la primera fase de la VI Ronda, se implementaron dos actividades de capacitación relevantes: el taller de capacitación “Conceptos y Herramientas para el Desempeño de los Delegados Comunitarios y Taller de Inducción Organizacional de CARE Perú.
- b. Mediante cartas remitidas desde la Coordinación Nacional de la UGPFM CARE Perú hacia los Coordinadores Técnicos, durante el mes de agosto 2008, se adscribe ante los sub receptores, a cada uno de los delegados comunitarios.
- c. Formulación y ejecución del Plan de Arranque y Aceleración de la VI Ronda. La ejecución programática y financiera, respecto a setiembre del 2007, se daba en promedio entre 8 y 12 meses después, según sean los SR. Como consecuencia de este bajo desempeño en el marco programático y escasa ejecución financiera, el FM asignó la calificación B2 sucesivamente para los trimestres 1 hasta el 4, configurándose una situación altamente crítica para el presente y futuro del Proyecto “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando Recursos para la Lucha contra el VIH/SIDA en el Perú”. Era urgente reaccionar rápida y adecuadamente, a fin de no exponerse a los riesgos programáticos, administrativos y financieros previstos desde la CONAMUSA y el FM para situaciones de esta naturaleza. El RP decide la formulación y ejecución del plan de arranque y aceleramiento de la implementación de la VI Ronda–PAAI.
- d. Las principales intervenciones del PAAI forman parte de los procesos claves de esta etapa:
 - El lanzamiento público macro regional de la VI Ronda (05.2008)
 - Apoyo con recursos humanos a contrapartes técnicas nacionales y regionales
 - La firma de convenios multirondas con gobiernos regionales.
 - La implantación y desarrollo de reuniones de retroalimentación mensuales del PAAI
 - La implantación y aplicación de lineamientos de capacitación.
 - La implantación y desarrollo del sistema de monitoreo programático y financiero.
 - La evaluación del desempeño de los SR previo al inicio de la II Fase.

5.1.3. Etapa de consolidación del rol del Delegado Comunitario

Comprende prácticamente el cuarto y quinto año de la VI Ronda, destacando los siguientes procesos importantes:

- a. Continuidad de la Implementación de Estrategias de Reducción de Brechas en los Objetivos, iniciadas con el Plan de Aceleración del Arranque Inicial-PAAI.
- b. Suscripción y operacionalización de convenios CARE Perú y Direcciones Regionales de Salud para implementar el Fondo Semilla de Pruebas Rápidas para la estrategia de prevención de la transmisión vertical (PTV) en las regiones del país.
- c. Reuniones de información y coordinación entre CARE Perú y los gobiernos regionales.
- d. Continuidad de los talleres de retroalimentación y de las reuniones PAAI.
- e. Promoción y apoyo a la dación de normas regionales relacionadas con la aprobación de los Planes Estratégicos Multisectoriales Regionales (PERM), ordenanzas anti estigma y discriminación, acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva sin la presencia de sus padres.
- f. Lanzamiento e implementación de la estrategia y los planes de sostenibilidad para los objetivos.
- g. Actualización y seguimiento de los lineamientos de capacitación en el marco de la sostenibilidad de los resultados.
- h. Apoyo al desarrollo de capacidades en la gestión del Presupuesto por Resultados VIH SIDA.
- i. Conclusión del financiamiento en RRHH a contrapartes técnicas nacionales y regionales (agosto 2011).
- j. Inicio y conclusión de proceso de transferencia de entregables a contrapartes técnicas y sociales, nacionales y regionales.

El desempeño programático desde el mes de octubre 2008 hasta el término de la VI Ronda, setiembre 2012, a través de indicadores claves y una escala oficial del Fondo Mundial⁴⁰. Estas calificaciones han fluctuado entre B1 y A2. En 6 períodos, se obtuvo B1 y en 4 períodos, A2. Al término del cuarto año de la VI Ronda se realizó la evaluación del desempeño programático y comunitario de los delegados comunitarios.

5.2. Decisiones estratégicas que anteceden e inician la experiencia de los delegados comunitarios

Comprende las decisiones adoptadas por la CONAMUSA y el receptor principal registradas en las actas de las sesiones para direccionar la VI Ronda, así como las bases administrativas de la licitación de la VI Ronda y específicamente en las bases administrativas del Concurso Privado de Selección de Delegados Comunitarios.

⁴⁰ A1 (supera las expectativas), A2 (Cumple las expectativas), B1 (aceptable), B2 (Inaceptable pero con potencial) y C (inaceptable)

En el siguiente cuadro se resumen las principales decisiones estratégicas, sus procesos claves y los actores institucionales de los mismos.

Decisor estratégico/Asuntos claves
CONAMUSA y CARE Perú
<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación por el Fondo Mundial de la propuesta de VI Ronda con modelo de gestión centralista • Desarrollo y aprobación de estudios de capacidades de las regiones para la respuesta al VIH • Aprobación e implementación de lineamientos para la gestión de la VI Ronda. Licitación y bases administrativas para la gestión descentralizada de los Objetivos de la VI Ronda de los PFM
<p>“Para el modelo de gestión de los objetivos 1, 2 y 3, recomienda se aplique el modelo macro regional, con tres MR y tres SR para cada objetivo, cada uno con su propio personal clave y delegado comunitario. Los SR para las MR propuestas, provendrán de las citadas MR.</p> <p>Para el Modelo de gestión del Objetivo 4, se recomienda seleccionar a un SR único que funcione como apoyo técnico administrativo de la ESN ITS/VIH y SIDA y la CONAMUSA. Para este objetivo también se plantea la figura del Delegado Comunitario de persona con VIH o grupos vulnerables.</p>
CARE Perú
<p>Aprobación e implementación de lineamientos para la participación del delegado comunitario mediante la licitación y Bases Administrativas del Concurso privado de selección de Delegados Comunitarios para el proyecto asociado a la Licitación N° 002-2008 CARE Perú.17.02.2008.</p>
<p>Definición del perfil de delegado comunitario: representatividad, funciones y responsabilidades.</p> <p><u>En el numeral 8.1 dice textualmente:</u></p> <p>“El Delegado Comunitario representa a las PV o PVVS y participa en la planificación y gestión de los Objetivos del Programa de VI Ronda, en un determinado ámbito macro regional, incorporando la perspectiva de las organizaciones de base comunitaria que los proponen y mediante las cuales han sido elegidos, dando cuenta de sus acciones a las mismas.</p> <p><u>En el numeral 8.1.1 se establecen sus funciones y responsabilidades generales en los siguientes términos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las actividades y sub actividades contempladas en el Plan Operativo

de Objetivo en el que participa.

- Planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acorde con sus competencias y roles.
- Elaborar y presentar el informe mensual/trimestral de participación de las personas afectadas o de las personas vulnerables.
- Dar cuenta de su quehacer y de los avances del Objetivo, en forma periódica, a las organizaciones de PVVS o de poblaciones vulnerables de su ámbito de intervención.
- Constituirse en un integrante titular del equipo de gestión del Consorcio.
- Conocer y respetar las políticas institucionales de la organización o consorcio responsable de la implementación de los Objetivos de VI Ronda.

Definición del contenido del plan de trabajo con actividades principales, periódicas y excepcionales. Mecanismos participativos de presentación, aprobación y monitoreo:

En el numeral 8.3.1 se describen las actividades permanentes:

Son aquéllas que guardan relación con el diseño e implementación del objetivo en todo lo que concierne y que se realizan de manera rutinaria.

En el numeral 8.3.2, las actividades periódicas:

Realizar encuentros de devolución de resultados o de rendición de cuentas con las comunidades a las que representa.

- Colectar información para los reportes mensuales/trimestrales
- Participar en las reuniones del equipo de gestión del consorcio
- Participar en eventos de capacitación.

En el numeral 8.3.3, las actividades excepcionales:

Son aquellas que surgen sin previa programación como resultado de la gestión del objetivo o de las necesidades identificadas por las organizaciones de base comunitaria que los proponen, mediante las cuales han sido elegidos y que van a coadyuvar al mejor desempeño del proyecto.

Su perfil general se define en el numeral 8.6:

- Contrato por Quinta Categoría. Administrativamente contrata con CARE Perú quien lo adscribe a la organización o consorcio Sub Receptor.
- Ejerce sus funciones en estrecha relación con la Coordinación del Sub Receptor.
- Coordina con el equipo clave del Sub Receptor (Coordinador, Administrador. Sub Coordinador de Monitoreo)
- Dispone de las facilidades administrativas, logísticas y de infraestructura para el desarrollo de sus funciones brindadas por el Sub Receptor
- Cuenta con acceso irrestricto a la información relativa a la gestión del objetivo y a las actividades contempladas en los Planes Operativos
- Residir en la sede de la Macro Región y disponibilidad para viajar a otras regiones integrantes de la macro región ámbito del Objetivo correspondiente.

Beneficios laborales del delegado comunitario:

Remuneración mensual de US\$ 700.00 con sus respectivos descuentos de ley; vacaciones, gratificaciones en julio y diciembre, CTS, bonificaciones por productividad. Se los incluyó como personal no fiscalizado por lo cual no marcaban asistencia, pero si observaban el horario de ingreso.

Además, CARE Perú por liberalidad propia otorgó a los delegados comunitarios un conjunto de beneficios propios del personal de 5° categoría que labora en la institución: seguro médico Rímac, EPS; seguro oncológico, seguro de enfermedades catastróficas y seguro vida según la ley. Licencias con goce de haber (cumpleaños, fallecimiento de familiar cercano, matrimonio, paternidad y maternidad), Bono (fallecimiento, tiempo de servicio), Horario de Verano.

Condiciones y requisitos para selección del delegado comunitario.

- Solicitud de postulación suscrita por la organización proponente.
- Acta de asamblea de la organización proponente, suscrita por todos los miembros presentes en la asamblea, que da cuenta de la elección de los candidatos integrantes de la terna, fundamente el cumplimiento del perfil y apruebe los Planes de Trabajo ajustados presentados
- Copia certificada notarialmente del Acta de Fundación de la Organización Proponente
- Copia certificada notarialmente de la primera hoja del Libro de Actas
- Currículum Vitae del candidato propuesto en la terna. Verificar Educación secundaria completa o formación equivalente; deseable, aunque no indispensable, contar con estudios superiores.
- Plan de trabajo del candidato a delegado, aprobado por la Asamblea General
- Declaración Jurada de No Tener Impedimento para Participar
- Acta de Compromiso garantizando la continuidad del servicio del Delegado Comunitario desde el inicio del proyecto hasta la culminación del contrato
- Pacto de Integridad.

Capacidades comunes solicitadas a delegados comunitarios de los Objetivos 1,2 y 3

Experiencia en la elaboración de propuestas para la prevención, tratamiento, atención y apoyo de adolescentes con énfasis en la población HSH y niños y niñas en explotación sexual. relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva; prevención de ITS, VIH

- Experiencia básica en consejería para adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población HSH, niños y niñas en explotación sexual. relacionadas a la salud sexual y reproductiva; prevención de ITS, VIH
- Experiencia en la gestión de procesos de capacitación y/o comunicación con adolescentes y jóvenes, especialmente HSH, niños y niñas en explotación sexual y relacionadas a la salud sexual y reproductiva; prevención de ITS, VIH.

Requerimientos para el delegado comunitario para el Objetivo 4:

- Experiencia de participación en la elaboración de planes de desarrollo local o regional o planes regionales de salud y otros.
- Habilidades básicas para promoción de espacios de concertación y de respuesta

regional y/o local contra el VIH/SIDA.

- Conocimiento de los espacios de concertación público-privada o inter institucional sobre salud sexual y reproductiva, ITS, VIH/ SIDA y población vulnerable
- Experiencia básica y/o participación en actividades de vigilancia ciudadana en temas de salud.

Evaluación complementaria de delegados comunitarios seleccionados:

Inmediatamente al dictamen del Comité de Adjudicación de la Licitación Pública N° 002–2008 CARE Perú, el Receptor Principal dispuso la evaluación psicológica de postulantes seleccionados por parte de una entidad especializada contratada por CARE Perú. La evaluación comprendió las siguientes dimensiones: competencia cognitiva y emocional; competencia de gestión; competencias para ejercicio de funciones, trabajo en equipo, habilidades administrativas: planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acorde con sus competencias y roles, orientación normativa, capacidad de coordinación: rendición de cuentas a su organización, compromiso y lealtad, fortalecimiento de competencias: inducción y otros procesos de capacitación y asistencia y supervisión del Comité Asesor Comunitario de CARE Perú.

Asignación de recursos y Fomento de oportunidades

Una vez adscritos en los SR por parte del RP, los delegados comunitarios para su desempeño técnico y comunitario deberían acceder a un conjunto de recursos y oportunidades brindadas por los SR en función a disposiciones establecidas por el Recepto Principal. Estas fueron las siguientes:

- Acceso a información técnica y administrativa del objetivo
- Disponibilidad de ambiente de trabajo: mobiliario y equipo de oficina
- Disponibilidad de recursos presupuestales para implementar su plan de trabajo
- Consulta y retroalimentación de su plan de trabajo y POI
- Apoyo técnico y acompañamiento en el desarrollo de sus funciones y actividades
- Respaldo institucional y programático en sus gestiones
- Facilitación de contactos con autoridades, funcionarios, directivos, etc.

Apreciación general

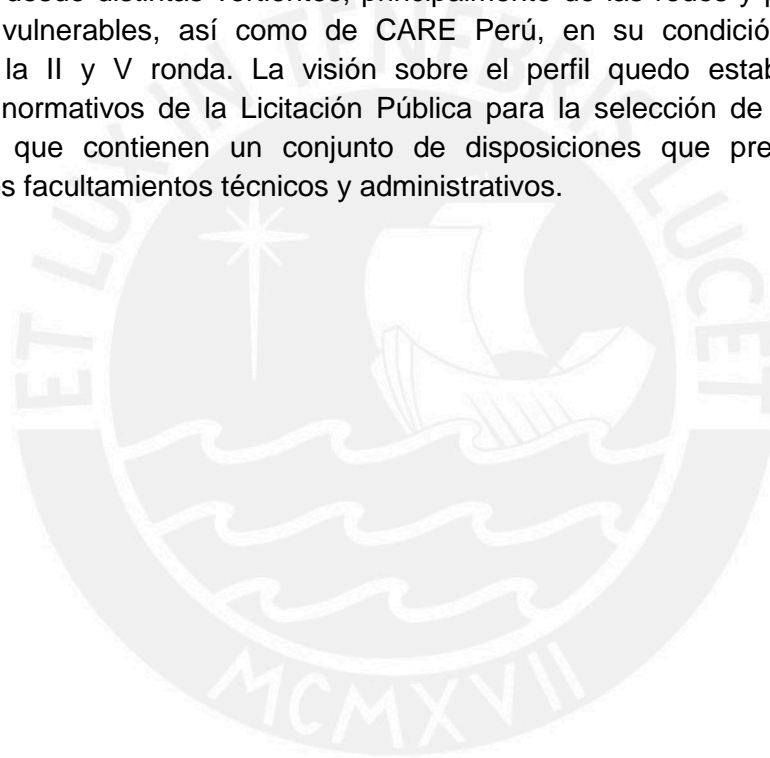
La propuesta técnica del Programa “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando recursos para la lucha contra el VIH SIDA” octubre 2007-setiembre 2012 fue presentada y aprobada con un modelo de gestión centralizada de los objetivos.

A pesar de este conjunto de oportunidades en el entorno, la propuesta técnica de la VI Ronda fue mucho menos intensa en reconocer los avances de la descentralización político administrativo de país, la descentralización en salud e inclusive los progresos en la respuesta regional a la respuesta a la epidemia expresada en el rol de las nacientes COREMUSA. A partir del reconocimiento que en las regiones del país existían las capacidades institucionales básicas en la administración pública y sociedad civil para levantar y consolidar una respuesta al VIH SIDA, se adoptó la

decisión estratégica de desarrollar un modelo de gestión descentralizada focalizada en las regiones y/o macro regiones donde los sub receptores implementaban los objetivos.

La decisión implicó, no solo la planificación y ejecución de los Objetivos en espacios macro regionales y regionales, sino el desarrollo de nuevas formas y contenidos en el conjunto de procesos y sistemas de gestión; en el relacionamiento entre los diversos actores involucrados y disponer de las capacidades para dar respuestas a los problemas y desafíos derivados de una gestión basada en una mayor proximidad física, social y programática con los actores y niveles locales, zonales y regionales. Ello fue su mayor fortaleza para asegurar la sostenibilidad de los productos de los Objetivos en los niveles alcanzados.

En ese marco, la siguiente decisión estratégica fue la creación de los delegados comunitarios como resultado de un proceso de revisión crítica del rol de los asesores comunitarios desde distintas vertientes, principalmente de las redes y plataformas de poblaciones vulnerables, así como de CARE Perú, en su condición de receptor principal de la II y V ronda. La visión sobre el perfil quedó establecida en los documentos normativos de la Licitación Pública para la selección de los delegados comunitarios que contienen un conjunto de disposiciones que prescriptivamente establecen los facultamientos técnicos y administrativos.



VI. EMPODERAMIENTO Y GERENCIA SOCIAL: HALLAZGOS DESDE LA EXPERIENCIA DE LOS DELEGADOS COMUNITARIOS

Los resultados, en términos de hallazgos, a partir de la investigación documentaria y de las técnicas de campo, se presentan alrededor de los siguientes ejes temáticos:

- Resultados relacionados con los activos de capital humano, capital social y de participación social que se han movilizado para lograr el empoderamiento individual y/o grupal por el delegado comunitario y sus organizaciones.
- Resultados relacionados con las evidencias de empoderamiento del delegado comunitario
- Resultados relacionados con los antecedentes y el gerenciamiento del contexto de las decisiones relacionadas con el delegado comunitario.

6.1. Resultados relacionados con los cambios en el capital humano

Esta dimensión revisa diversos activos tales como: La educación formal; el desarrollo de capacidades y las oportunidades de capacitación de los delegados comunitarios durante VI Ronda.

a. Información general sobre los delegados comunitarios: Sexo, edad, estado civil, grado de instrucción formal y planes educativos.

Delegado Comunitario	Orientación sexual /ocupación	Edad actual	Grado de instrucción formal antes de ser DC	Grado de instrucción formal a la fecha	Planes educativos futuros
Tonika	Travesti	40	Técnica no concluida	Técnica no concluida	Culminar estudios y estudiar Derecho
Leticia	PVVS	49	Técnica enfermería	Técnica de enfermería	Estudiar psicología
Carlos	Gay	38	4ª ciclo Ing. Industrial	4ª ciclo Ing. Industrial	No aplica
Cristhian	Gay	36	Bachiller en Ciencias de la Comunicación	Lic. En Ciencias de la Comunicación En curso. Diploma de Derechos Humanos	Obtener una Maestría
Francisco	Gay	47	Egresado de Psicología	Bachiller en Psicología. En trámite Licenciatura	Realizar especialización en Psicología Comunitaria
Elizabeth	PVVS	38	Técnica en computación	Estudiante universitaria	Culminar Administración y Marketing Estratégico. Aprender inglés
Alex	Gay	32	Estudiante del 3er ciclo de Ing. Industrial	Bachiller en Derecho y Ciencias Políticas	Estudios de Post Grado

Oscar	Gay	33	5to secundaria	Estudiante 2do ciclo de Administración de empresas (2009-2011)	Estudiar psicología
Jesús	PVVS	31	Técnico en computación e informática	Estudiante 6to ciclo Administración	Culminar Administración
Ángela	T. S	47	5to secundaria	5to secundaria	NR

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son:

- Los delegados comunitarios, la mayoría son HSH (5), PVVS (3), Trans (1) y trabajadora sexual (1). Tienen un promedio de 40 años de edad. 6 de ellos, entre los 30 y 39 años y 4, entre los 40 y 49 años.
- Tonika, Leticia y Angela no muestran progreso en su educación formal, manteniendo los logros que alcanzaron antes de ser delegadas comunitarias. Las edades de ellas están en el rango de 40 a 49 años. Como expectativa inmediata esperan su profesionalización en especialidades como Derecho, Psicología y administración, respectivamente.
- Oscar y Jesús han avanzado hacia el nivel de educación superior en este periodo con estudios de nivel universitario en la rama de administración. Sus expectativas varían. Oscar quiere estudiar Psicología y Jesús culminar Administración.
- El grupo conformado por Christian, Alex y Francisco, durante el periodo han concluido sus bachilleratos, logrado sus licenciaturas o estando en su trámite final. Las expectativas tienen que ver con estudios de post grado, entre especialización y maestría.

b. Desarrollo de capacidades de los delegados comunitarios

En el siguiente cuadro se resumen los niveles de concentración temática de los procesos de capacitación en los que han participado antes de ser delegado comunitario y durante el ejercicio de este rol.

Delegado Comunitario	Antes de ser Delegado comunitario		Durante su condición de delegado comunitario		
	1° nivel de concentración temática	2° nivel de concentración temática	1° nivel de concentración temática	2° nivel de concentración temática	Rol predominante en procesos de capacitación
Tonika	Formación de PEPs	Prevención de ITS Derechos Humanos	Prevención de ITS VIH y SIDA	Participación comunitaria	Promotora y coordinadora de actividad
Leticia	Salud Integral en PVVS	Formación para PEPs	Prevención de la Transmisión vertical del VIH	PEP's cuidados maternos	Coordinador de actividad con la contraparte del MINSA y apoyo en el seguimiento del Plan de Capacitación
Cristhian	Derechos humanos	Gestión del conocimiento	Gestión del conocimiento	Aspectos Clínicos del VIH	Expositor facilitador Asistente

Francisco	Planes y proyectos	Prevención de ITS y VIH	Comunicación	Derechos Humanos y Estigma y Discriminación	Coord de actividades Expositor/facilitador Apoyo
Elizabeth	Autoestima, género y derechos humanos	Formación para consejeras de pares	Soporte socio emocional	Liderazgo y género para mujeres	Coordinador de actividades Expositor/facilitador
Alex	Aspectos clínicos sanitarios	Derechos Humanos	Derechos Humanos	Aspectos Clínicos del VIH	Coordinador de actividad y expositor/facilitador
Oscar	Abogacía	VIH	Abogacía	VIH	Coordinador de actividad. Expositor/facilitador Apoyo
Jesús	Prevención de las ITS VIH	Incidencia política	Prevención de Transmisión vertical del VIH	Abogacía	Coordinador de actividad y apoyo
Ángela	Prevención de las ITS VIH	Formación para consejeras de pares	Derechos Humanos	Estigma y Discriminación	Apoyo Asistente

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son:

a. Antes de ser DC, los ejes temáticos de las actividades de capacitación se han centrado en los siguientes términos:

- Prevención y promoción/PEP y consejería (12)
- Derechos humanos, estigma y discriminación (4)
- Habilidades sociales (abogacía, planes y proyectos y gestión del conocimiento) (4)

b. Durante el ejercicio del rol de delegado comunitario, los ejes temáticos de la capacitación han sido:

- Prevención y promoción/PEP y consejería/Prevención de la transmisión vertical (9)
- Derechos humanos, estigma y discriminación/género (5)
- Habilidades sociales (abogacía, planes y proyectos, comunicación, liderazgo y gestión del conocimiento) (6).

c. Se percibe un relativo decrecimiento de los temas sobre prevención de las ITS VIH, aunque con la emergencia de la estrategia de la prevención de la transmisión vertical del VIH madre-niño/a. Hay un ligero crecimiento de los temas de derechos humanos, estigma y discriminación al incluir los asuntos de género en relación a la PTV. Hay también un relativo crecimiento en los temas relacionados al desarrollo de las habilidades sociales de abogacía, formulación de planes y proyectos, gestión del conocimiento, a los cuales se ha añadido el interés por la comunicación y el liderazgo. Todos los temas específicos y, particularmente, su profundización yo/o incorporación, han sido una respuesta a las exigencias del rol de delegado comunitario en cada Objetivo según sus espacios macrorregionales.

d. El significado específico del desarrollo de capacidades para cada uno de los delegados se expresan en los siguientes testimonios:

- “Existe un gran avance, tanto en lo laboral como en lo personal, relacionados al trabajo efectuado como representante de un grupo poblacional en situación de*

desigualdad y deficiencias. Mis actividades han podido desarrollarse de la mejor forma ya que he logrado una mejor dirección y capacidad de coordinación y gestión de actividades. Se ha establecido una mejor articulación y confianza con entidades que trabajan temas de interés de las poblaciones, donde nuestras opiniones son importantes” (Tonika).

- “Profundización de la prevención de la transmisión vertical del VIH para desarrollar el trabajo” (Leticia).*
- “En ambos periodos hay un hilo conductor respecto a capacitaciones en derechos humanos y gestión del conocimiento. El único tema nuevo ha sido el aspecto clínico, que fue necesario para complementar el trabajo como delegado comunitario” (Christian).*
- “El ámbito laboral exige nuevos conocimientos y expectativas, por ende la motivación de capacitación en nuevos temas” (Francisco).*
- “Inicialmente mis capacitaciones eran para fortalecerme a nivel personal y apoyar a otros, pero luego de asumir otros roles, mi capacitación va dirigida a la participación comunitaria” (Elizabeth).*
- “Cuando fui DC se me presentaron mayores oportunidades de capacitación en instituciones nacionales e internacionales, en temas de derechos humanos, vigilancia, ciudadanía e incidencia” (Alex)*
- “Se han profundizado las capacidades en las dos áreas dominantes de abogacía y de consejería para la prevención del VIH” (Oscar).*
- “La información varía en función a la normatividad actualizada en aspectos de abordaje y medicamentos” (Jesús).*

c. Oportunidades de capacitación a los delegados comunitarios durante VI Ronda

Durante el curso de la VI Ronda para la implementación de los planes operativos anuales (POA) de los Objetivos, los SR desarrollaron actividades de capacitación destinada a diferentes públicos. Además de incorporar la perspectiva de las comunidades afectadas y vulnerables en la fase de diseño, los delegados comunitarios han sido participantes de la mayoría de los cursos y talleres.

Se presentan de manera resumida los ejes temáticos desarrollados:

OBJETIVO	COMPONENTE VIH /EJES TEMÁTICOS
VIH1 VIR	<ul style="list-style-type: none"> - Consejería en prevención de ITS y VIH / SIDA. - Atención Médica Periódica. Equipos Itinerantes. - Formación de PEPS HSH, Trans y TS. - Autoestima, género, derechos y ciudadanía. - Generación y gestión de microempresas para OPVV

<p>VIH1 VIR VIH2 VIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo Sindromico de ITS - Prevención del VIH en adolescentes en riesgo. - Estrategias de abordaje para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA en adolescentes vulnerables.
<p>VIH 1 VIR VIH2 VIR VIH3 VI R</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consejería y realización de pruebas rápidas para VIH - Consejería en Salud Sexual y Reproductiva - Consejería en prevención de ITS y VIH / SIDA - Formación de Docentes – tutores – capacitadores
<p>VIH3 VI R</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de la TV en gestantes VIH+ y niño expuesto al VIH - Cuidados maternos y del niño - Habilidades Gerenciales y Sistemas Administrativos - Promoción de la prevención de la Transmisión Vertical - Registros y reportes para el fortalecimiento del sistema de información de transmisión vertical.
<p>VIH4 VI R</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación Operativa regional multisectorial - Aspectos gerenciales - Abogacía - Elaboración de propuestas para el presupuesto participativo. - Seguimiento en la implementación de planes regionales y locales - Planificación Estratégica y desarrollo de perfiles de proyectos.

Fuente: Lineamientos para la Formulación e Implementación de Procesos de Capacitación. UGPFM – CARE Perú. 2008.



Análisis e interpretación sobre desarrollo del capital humano

- a. La mayoría de los delegados comunitarios han avanzado hacia el nivel de educación superior o han logrado su profesionalización. La casi totalidad expresan expectativas sobre postgrados universitarios.

Los que decidieron no hacer estudios profesionales en este periodo, se capacitaron para el trabajo, específicamente para el desempeño eficiente de su rol de delegado comunitario, alcanzando en este aspecto niveles satisfactorios. La oferta de capacitación contenida y desarrollada por los Objetivos de la VI Ronda ha sido una buena oportunidad de desarrollo de capacidades para el ejercicio de sus funciones y tareas.

En su conjunto, el recurso de movilidad social ha sido bien utilizado y proyectado positivamente a niveles de especialización en sus planes futuros. La mayoría de los delegados comunitarios ratifican su vocación de servicio orientando sus opciones profesionales hacia campos vinculados con su actual experiencia comunitaria (Derecho, Psicología, Comunicación, Enfermería, entre otros).

Cuando a diversos actores sociales e institucionales se les pregunta cuál sería una de las causas o razones para confiar en el delegado comunitario, la respuesta “haber realizado estudios profesionales” tiene una recurrencia bastante alta que vuelve a demostrar el valor de la educación formal superior en la escala de valores de la movilidad, ascenso y estatus social.

- b. Los contenidos de la capacitación concentrados en temas selectivos de prevención de las ITS VIH y sobre todo derechos humanos, estigma y discriminación, y un relativo crecimiento en los temas relacionados al desarrollo de las habilidades sociales de abogacía, formulación de planes y proyectos, y gestión del conocimiento, a los cuales se han añadido el interés por la comunicación y el liderazgo.

Se puede afirmar con E. Anello y J. Hernández⁴¹ que los delegados comunitarios han logrado desarrollar importantes capacidades que contribuyen hacia la transformación personal (capacidad de evaluar sus propias fortalezas y debilidades sin involucrar al ego: la auto evaluación; la capacidad de tomar la iniciativa de manera creativa y disciplinada; la capacidad de mantener el esfuerzo, perseverar y superar los obstáculos en el logro de las metas); capacidades que contribuyen hacia mejores relaciones Interpersonales (habilidad de relacionarse con los demás en una forma productiva y de trabajo conjunto para el cambio individual grupal), y capacidades que contribuyen a la transformación social (compartir una visión de futuro; construir relaciones basadas en la reciprocidad, el compartir y el servicio mutuo; la capacidad de servir en las instituciones de la sociedad. Igualmente, la

⁴¹Cfr. Anello, Eloy y Juanita de Hernández. 1996. “Liderazgo Moral”, 2a. edición, UniverSIDAd Nur, Santa Cruz, Bolivia, pág. 31.

capacidad de percibir e interpretar el significado de los procesos sociales y eventos actuales a la luz de una perspectiva histórica apropiada).

Es importante destacar que el crecimiento del capital humano en los delegados comunitarios, considerado en su dimensión integral de educación de la persona, les ha traído beneficios en la calidad de las relaciones y de la convivencia civil con efectos importantes en la calidad de la vida.

6.2. Resultados relacionados con el desarrollo del capital social de los delegados comunitarios

Se revisaron los resultados en los aspectos de confianza interpersonal y la confianza de las organizaciones de PV y PVVS hacia los delegados comunitarios.

a. Confianza interpersonal

La identificación de las personas/entidades que merecen la mayor confianza y aceptación por parte de los delegados comunitarios, conforme a sus respuestas en el cuestionario respectivo, se resumen en el siguiente cuadro:

Entidad/personas	Delegado Comunitario
En el SR	
Coordinador Técnico	Tonika, Leticia, Elizabeth, Angela.
Sub Coordinador/a de M y E	Tonika, Christian, Francisco, Alex, Oscar y Jesús.
Administrador/a	Tonika, Elizabeth, Alex, Oscar, Jesús
Responsables de actividad	Tonika, Elizabeth, Alex y Jesús.
En la DIRESA	
Responsable de la ESR ITS VIH	Tonika, Leticia, Alex, Jesús, Angela
Responsable de la ESR SSR	Tonika, Leticia, Alex, Angela
Responsable de la EVA	Leticia, Alex, Oscar
En la DRE	
Especialista TOE	Oscar
Equipo regional	Oscar
En el Gobierno Regional	
Gerencia de Desarrollo Social	Tonika, Alex
En el Gobierno Local	
Gerencia de Salud	Oscar
En la COREMUSA	Tonika, Oscar,
En establecimiento de salud	
Responsable de Estrategia Sanitaria	Tonika, Leticia, Elizabeth, Alex, Angela
Responsable CERITS/UAMP/SAD	Tonika, Leticia, Alex
En la Institución educativa	
Docentes	Oscar
Tutores	Oscar
Fiscalía	Oscar

Juzgado	
Policía	
Serenazgo	Tonika
Iglesias	
Defensoría del pueblo	Tonika, Leticia, Elizabeth, Alex, Jesús y Oscar.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son:

- Oscar es el DC que tiene mucha confianza a un mayor número de entidades (8), seguida por Tonika (7), Angela (5) y Leticia (4). Los DC que tienen menos receptores de confianza y aceptación son: Jesús y Elizabeth (3), Christian y Francisco.
- Los motivos y/o razones para que estas entidades sean sujetos de mayor confianza y aceptación son: tener un compromiso serio con la respuesta local y regional a VIH/SIDA (3), tener conciencia del valor de las poblaciones vulnerables en la respuesta al VIH/SIDA (2), disponer de capacidades técnicas apropiadas en su área (1), respeto a la condición y derechos e las poblaciones vulnerables (1) y tener capacidades de liderazgo sectorial. 1 DC no respondió. Francisco identificó al Coordinador Técnico, a los responsables de las ESR de VIH y SSR, al especialista de la Tutoría de la Dirección Regional de Educación, al Gerente de Salud del Municipio, a los responsables de los centros de referencia (CERITS) y unidades de atención médica (UAM) como entidades de poca confianza. Igual calificación brinda Tonika a los juzgados, iglesias y fiscalías. El grado de ninguna confianza y aceptación lo aplican Christian, para la Gerencia Regional de Desarrollo Social de la Región Lima y, Francisco para los responsables de la estrategia Etapa de Vida Adolescente (EVA), docentes y tutores, juzgado, policía y serenazgo.
- Con relación a las personas y/o entidades a las cuales los delegados comunitarios tienen mediana confianza y/o aceptación, se advierte que seis de ellos/as identifican en este grado a diversos miembros del equipo clave del SR (coordinador, responsable de monitoreo y evaluación administrador y responsables de actividad). Llama la atención que también en el rango de poca confianza y aceptación, dos DC identifiquen a sus coordinadores técnicos.

b. La confianza y aceptación de las organizaciones de PV/PVVS hacia los delegados comunitarios

Consultados los representantes de las organizaciones a las cuales los DC han prestado asistencia técnica y acompañamiento durante la VI Ronda, sobre los factores que sustentan su confianza y aceptación, se halló que:

- El factor de mayor confianza y aceptación es disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones (3), seguido de haber sido postulado por una organización de PVVS/PV (2) y rendir cuenta de su trabajo ante su organización (1).

- En segundo orden, el factor más significativo es percibirlo útil para el seguimiento de las tareas y metas de la organización.

6.3. Resultados sobre la pertenencia a organizaciones y redes de organizaciones e instituciones de los delegados comunitarios

a. Pertenencia a organizaciones sociales, OPVVS/PV, redes sociales y redes interinstitucionales.

El cuadro siguiente se presenta los resultados de la información captada en las entrevistas a los delegados comunitarios:

Delegado comunitario	Pertenencia a OSL	Pertenencia a organizaciones de PVVS/PV	
		Antes de ser DC	Durante DC
Tonika	-	Organización de personas vulnerables (OPV) (1) Redes de OPV(3)	OPV (2) Redes de OPV (4) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (2)
Leticia	-	OPV (1) Redes de OPV(3)	OPV (1) Redes de OPV (4) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (2)
Christian	1	OPV (1) Redes de OPV(1)	OPV (2) Redes de OPV (1) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (4)
Francisco	1	OPV (4) Redes de OPV (2)	OPV (1) Redes de OPV (2) redes interinstitucionales (2) Redes virtuales VIH (5)
Elizabeth	1	OPV (2) Redes de OPV(1)	OPV (2) Redes de OPV (1) redes interinstitucionales (2) Redes virtuales VIH (8)
Alex	-	OPV (1) Redes de OPV(4)	OPV (1) Redes de OPV (2) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (5)
Oscar	3	OPV (1) Redes de OPV(1)	OPV (1) Redes de OPV (2) redes interinstitucionales (2) Redes virtuales VIH (3)
Jesús	1	OPV (1) Redes de OPV(1) redes interinstitucionales (1)	OPV (1) Redes de OPV (5) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (2)
Angela	1	OPV (1) Redes de OPV(1)	OPV (1) Redes de OPV (1) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (10)

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son los siguientes:

- Con relación a la articulación de los DC con las entidades y organizaciones funcionales y territoriales de su localidad: 3 son inexistentes, pertenencia a 1, en 5 y solo 1, pertenece a 3 Organizaciones Sociales Locales o de Base.

- Todos los DC, antes de serlo, han tenido alguna pertenencia a organizaciones de poblaciones vulnerables. En el caso de los delegados de las MRO la mono pertenencia se explicaría por el limitado desarrollo organizacional de PV y de PVVS en el periodo precedente al año 2007. Solo 1 DC perteneció a 1 red ínter institucional y ninguno era miembro de redes virtuales relacionadas con la respuesta al VIH SIDA. Durante la VI Ronda, la mayoría ha mantenido la pertenencia, por lo menos, a una OPV.

- La participación en redes inter institucionales ha sido significativa. La red por excelencia es la COREMUSA y en algunos casos, Foro Salud. La participación en redes virtuales nacionales y extranjeras se ha desarrollado firmemente desde que asumen la condición de delegado comunitario, variando entre mínimo 2 redes y máximo 10, teniendo como promedio 5 redes. Esta conectividad ha predominado en la vida de los DC.

b. Beneficios de pertenecer a una organización y a redes sociales para la respuesta al VIH/SIDA

Los DC que declaran pertenecer a ellas, consideran que les genera beneficios.

Los resultados se muestran en el siguiente cuadro:

Beneficios	Pertenencia a OPV/OPVVS	Pertenencia a redes de OPV/OPVVS durante su condición de DC
1) Acceso a información sobre servicios de salud	4	4
2) Acceso a medicamentos y otros	1	1
3) Acceso a actividades económicas: micro empresas y créditos.	-	-
4) Desarrollo de habilidades sociales	5	4
5) Contactos con otras organizaciones e instituciones	8	3
6) Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social	5	2
7) Reconocimiento de derechos ciudadanos	5	5
8) Posibilidades de participación en otras redes e instancias	4	4
9) Elaboración de proyectos	5	3

10) Acceso a redes de apoyo social y emocional	1	-
11) Trabajo en equipo	2	4

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son:

- Con relación a los beneficios de pertenecer a una OPV/OPVV, la mayoría de DC priorizan los contactos con otras organizaciones e instituciones (8). En segundo lugar, el desarrollo de habilidades sociales, elaboración de proyectos y reconocimiento de derechos ciudadanos y fortalecimiento de la autoestima y de la participación social con 5 nominaciones cada una.
- Con relación a pertenecer a redes de OPV/OPVVS, el mayor beneficio es el reconocimiento del derecho ciudadano (5). Luego aparecen: posibilidades de participación en otras redes e instancias, el desarrollo de habilidades sociales, el trabajo en equipo y, finalmente, el acceso a información sobre servicios de salud (4). La elaboración de proyectos y los contactos con otras organizaciones e instituciones siguen en la prelación con 3 nominaciones cada una.

c. Beneficios de pertenecer a otras redes sociales e interinstitucionales con propósitos mayores a la respuesta al VIH

Los DC que señalan participar en instancias de esta naturaleza, han identificado a Foro Salud, las COREMUSA, la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, la Mesa de Lucha contra la Pobreza, la Coordinadora Municipal del Niño y del Adolescente (COMUDENA), entre los más importantes. Los beneficios que les reporta, se resumen en el siguiente cuadro:

Beneficios	N° de elecciones
Acceso a proyectos comunitarios.	1
Mayor sostenibilidad a actividades y proyectos	1
Fortalecer la identidad y pertenencia de las organizaciones	-
Fortalecer la representación funcional o territorial	-
Captación de mayores recursos y oportunidades	-
Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva y participación ciudadana	2
Desarrollo de habilidades sociales para la planificación estratégica, concertación, gestión de conflictos, etc.	2
Mayor articulación con la estructura de decisión político administrativa del distrito, provincia o región.	1

Contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales.	3
Acceder a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil	3
Acceder a espacios de propuesta e incidencia pública.	1

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son los siguientes:

- En esta instancia de participación los mayores beneficios son los contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales y el acceso a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil.
- En un segundo orden están los beneficios: Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva, participación ciudadana, la planificación estratégica, la concertación social, la gestión de conflictos, etc.

d. Análisis e interpretación de los cambios en la confianza y aceptación y cambios en la pertenencia a organizaciones y redes de organizaciones e instituciones por los delegados comunitarios.

- Las personas en las cuales confían más los delegados comunitarios son: en los SR, el subcoordinador de monitoreo y evaluación y el administrador y en la DIRESA, las responsables regionales de las ESR de VIH/SIDA y Salud Sexual y Reproductiva. En segundo lugar aparecen los representantes de la Defensoría del Pueblo, lo que estaría mostrando que confían en las personas que tienen más cerca en la gestión regular y que cubren expectativas específicas, por ejemplo, tener una posición favorable en el sistema social, que sean competentes, capaces, y hábiles, que sean útiles y que actúen en forma solidaria y respetuosa de los derechos relacionados con la respuesta al VIH SIDA. Cfr. Durston.⁴²

Con relación a las personas y/o entidades en las que los DC tienen poca o ninguna confianza, se identifica a la iglesia, policía, serenazgo y Poder Judicial, entre los más referidos. Estos sujetos sociales también son identificados como los más discriminadores de las poblaciones vulnerables, como se detalla más adelante⁴³.

- Desde el lado de las OPVV y OPV, las razones para confiar en los DC son: disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones, haber sido postulado por una organización de PVVS/PV y presentarse ante su organización para rendir cuenta de su trabajo.

⁴² Op. Cit. Pág. 2.

Se advierte también como fuente de confianza, la pertenencia a una organización, cuya fortaleza se expresa en la legitimidad y efectividad de las normas a las que se aviene el DC, incluida la capacidad de postular, aprobar y sancionar a sus miembros. En conjunto, las razones y motivos muestran que, el que otorga o comparte el activo, tiene una expectativa de retorno.

En ese marco, se coincide con Bobadilla⁴⁴ que señala *“Para que la participación y la cooperación funcionen en el marco de la cogestión de los programas y proyectos, es necesario el desarrollo de relaciones de confianza entre los actores involucrados de acuerdo con los niveles de responsabilidad y autoridad en la gestión de los bienes públicos y semi públicos”*. Se valida así que la confianza, si bien tiene una base interpersonal, se sustentan principalmente por los acuerdos explícitos e implícitos entre los actores sociales e institucionales.

- Frente a la articulación de la mayoría de los DC con las entidades y organizaciones funcionales y territoriales de su localidad, es conveniente indagar si existe una relación entre su escasa participación con la discriminación interna y el clima local de discriminación. En ese sentido apunta un hallazgo del estudio de Instituto de Opinión Pública de la PUCP año 2012⁴⁵, que identifica como las organizaciones sociales locales más discriminadoras de las poblaciones vulnerables al serenazgo (77,5%), PNP (74%), colegios públicos (63,8%) iglesia católica (61,4%), partidos políticos (60%), centros de recreación y clubes sociales (50,3%), empresa privada (48%), hospitales y centros de salud (41,6%)
- Todos los delegados comunitarios han pertenecido a organizaciones de PVVS y PV predominando la mono pertenencia. Esto es explicable principalmente por el escaso desarrollo organizacional de éstas. Durante la VI Ronda, la mayoría de los DC han mantenido la pertenencia a una organización y han iniciado su participación en tres más en promedio. En este primer nivel, las redes ego centradas de los DC, han crecido sustantivamente.

Los beneficios percibidos son: la ampliación de contactos con otras organizaciones e instituciones, el desarrollo de habilidades sociales, la elaboración de proyectos, el reconocimiento de derechos ciudadanos y fortalecimiento de la autoestima, y la participación social.

Otro aspecto destacable es el crecimiento del capital tipo puente. En estos dos niveles, y según conocimiento generado en un estudio reciente de CARE Perú⁴⁶, se señala que *“...al término de la VI Ronda, 20 organizaciones de poblaciones vulnerables estaban funcionando en la Macrorregión Oriente. Antes de la VI*

⁴⁴ Op. Cit. Pág. 19

⁴⁵ Instituto de Opinión Pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2000. "Percepción de la Población General hacia la Población Trans y Gay/HSB, en las Regiones de Lima, Callao, Ica, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Ucayali y San Martín". Lima. Página 14.

⁴⁶ CARE Perú. 2013 "Sistematización de la experiencia de la gestión descentralizada de los Objetivos de la VI ronda". UGPFM.

Ronda, en cada región existía en promedio una de estas organizaciones conformadas, predominantemente, por grupos homosexuales. En las tres regiones se han diversificado, incluyendo las poblaciones LTGB y cubierto otras provincias y hasta distritos de alto riesgo por razones de la epidemia”.

En la Macrorregión Norte, aproximadamente 25 organizaciones de poblaciones vulnerables se han activado con apoyo de los Objetivos de la VI Ronda, particularmente el Objetivo 1. La cobertura organizacional se ha extendido hacia provincias distintas a las capitales de las regiones. Al interior de la mayoría de las regiones del norte se ha desarrollado una experiencia de Mesas de Concertación que han desarrollado planes concertados y estratégicos e impulsado estrategias comunes de defensa de derechos e incidencia política para el conjunto de organizaciones de poblaciones vulnerables.

En la Macrorregión Centro Sur 29 organizaciones han estado vinculadas a los Centros Comunitarios de las regiones donde se ha desarrollado esta experiencia.

Merece mención aparte, como experiencia de construcción de capital social puente el denominado “Mecanismo Articulador”, constituido en junio de 2009 en la Macrorregión Norte conformada por 19 organizaciones de lesbianas, gays, trans, bisexuales, intersexuales y trabajadoras sexuales de Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Amazonas y Cajamarca “Mecanismo Articulador LGTB y TS Macrorregión Norte”. Las funciones de este organismo fueron:

- Articular el movimiento, entendido éste como el conjunto amplio y diverso de las organizaciones de las comunidades LTGB y TS⁴⁷.
- Mantener informadas a las diferentes organizaciones de las comunidades LTGB y TS, a través de una estrategia virtual de conformación de lista de interés y página web.
- Proponer y elaborar una agenda de trabajo macro regional, la cual deberá estar ligada a los Planes Estratégicos Regionales (PERM)
- Asumir la representación de las comunidades organizadas LTGB y TS.
- Desarrollar actividades de monitoreo y vigilancia de las actividades contempladas en los PERM y los objetivos del Fondo Global, y otras intervenciones en comunidades LTGB y TS en la MRN.

De acuerdo a la información proporcionada no ha habido un funcionamiento efectivo de la junta directiva establecida desde enero del 2012. En los espacios regionales, las Mesas de Concertación también ha decaído en su funcionamiento en tanto los miembros activos y dirigentes. La mayoría de los entrevistados sobre este asunto, señalan que los directivos y activistas le dedican mayor atención a sus necesidades personales y al trabajo para su sustento, que al trabajo comunitario y que ello representa un debilitamiento pues refleja que existió una dependencia hacia las actividades del proyecto de la VI Ronda.

⁴⁷ Lesbianas, trans, gay, bisexuales y trabajadoras sexuales.

El mayor beneficio percibido por pertenecer a redes de OPV/OPVVS, es el reconocimiento del derecho ciudadano; las posibilidades de participación en otras redes e instancias; el desarrollo de habilidades sociales; el trabajo en equipo, el acceso a información sobre servicios de salud; la identificación de proyectos y los contactos con otras organizaciones e instituciones.

El capital social escalera por excelencia han sido las COREMUSA y, en algunos casos, Foro Salud. Los mayores beneficios percibidos, en esta instancia, son los contactos con otras organizaciones/instituciones regionales y nacionales, el acceso a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil, el desarrollo de habilidades sociales para la acción colectiva, participación ciudadana, la planificación estratégica, la concertación social, la gestión de conflictos, etc.

En cuanto a las COREMUSAS, 14 están formalmente funcionando en el país, sin embargo 9 de ellas desarrollan actividades significativas. Al respecto se puede afirmar que se han constituido en el espacio regional especializado para el encuentro público, privado y comunitario para dar respuestas a la problemática del VIH.

Los factores de dinamización más importante de las COREMUSA han sido el conjunto de intervenciones previstas en el Objetivo 4 y el activismo de las organizaciones de PVVS y principalmente de las poblaciones vulnerables.

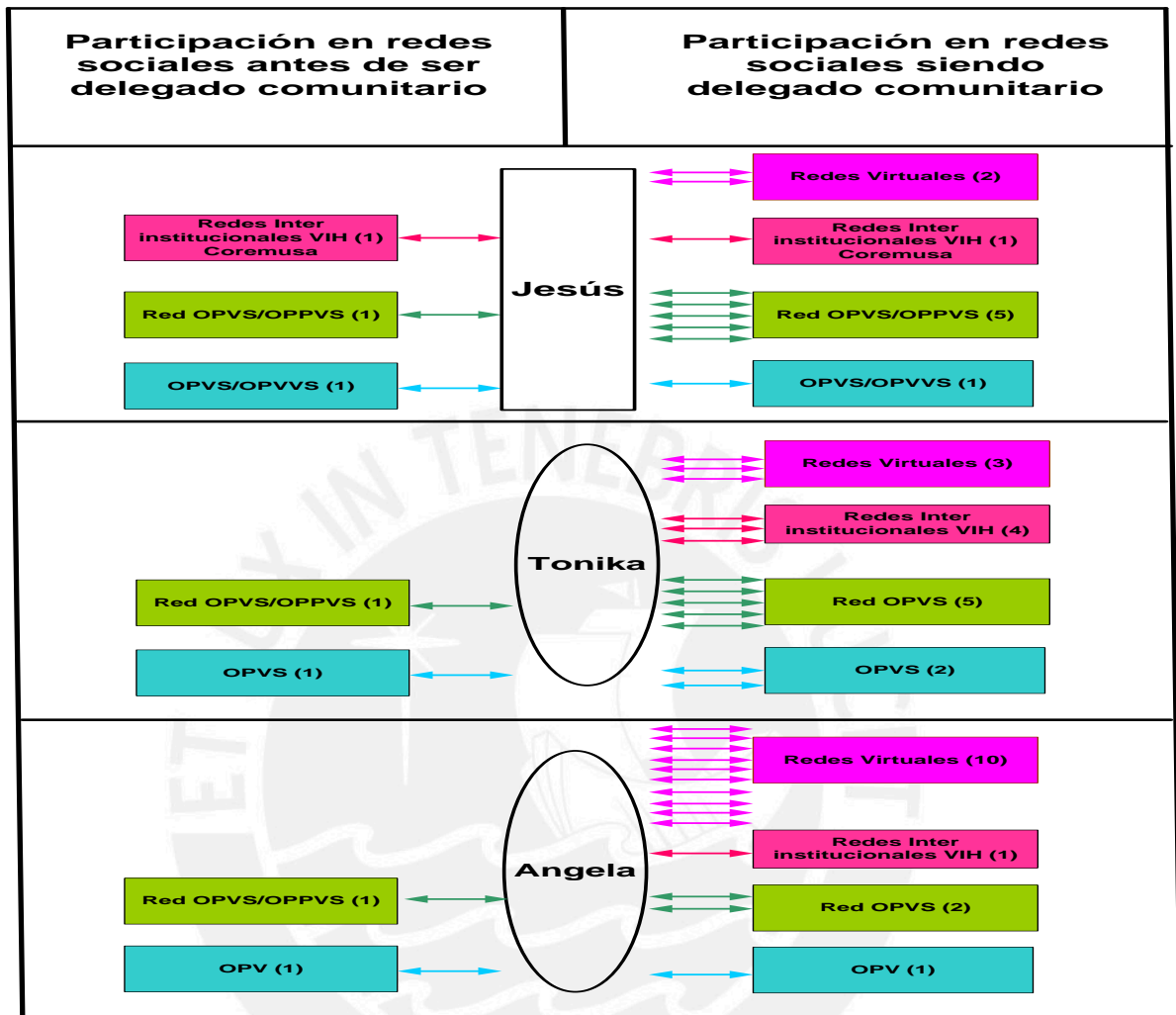
Una intervención que ha tenido un efecto catalizador recurrente ha sido la formulación e implementación de los Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales (PERM), que en algunos casos han transitado hacia los Planes Operativos Anuales (POA) y la vigilancia social de los mismos. Estos procesos han cruzado el quehacer de las COREMUSAS en ambas fases. En la 1° Fase coexistió con los procesos relativos a su formalización y consolidación organizacional.

Otro factor clave en su desarrollo actual han sido los procesos para el desarrollo de capacidades y la incidencia para obtener ordenanzas contra el estigma y discriminación, y el acceso de los adolescentes a los servicios de salud reproductiva sin la presencia de sus padres.⁴⁸

En los planes y programas del RP y de los SR se habían previsto como parte de la estrategia de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas, el desarrollo de importantes espacios de encuentro y relacionamiento entre las organizaciones de PVVS y PV con el RP, los SR, las contrapartes técnicas y sociales locales, regionales y nacionales y los propios delegados comunitarios. Durante la VI Ronda se han desarrollado 33 reuniones semestrales y trimestrales de retroalimentación, 66 reuniones PAAI y 4 reuniones "Ver para confiar". Estos espacios de encuentro son valorados como muy importantes para la construcción del capital social escalera.

⁴⁸UGPFM CARE Perú. Febrero 2012 "Sistematización de la experiencia en la implementación del modelo de gestión descentralizada de los Objetivos de la VI ronda de los programas del Fondo Mundial, periodo 2007 - 2012". Pág. 94

El crecimiento de la participación de los DC en redes sociales se puede visualizar en tres de ellas que representan a la Macrorregión Oriente (Jesús), a la MR Norte (Tonika) y a la MR Centro Sur (Angela)



- a. A modo de resumen se señalan a continuación los tres tipos de capital social, según Lorenzetti, Narayan y Woolcock⁴⁹, los activos y mecanismos que se han dado en la experiencia de los DC y las organizaciones involucradas en esta experiencia.

⁴⁹ Op. Cit.

CAPITAL SOCIAL	DEFINICIÓN	ACTIVOS=MECANISMOS
Lazo (Bonding)	Relaciones al interior de un grupo motivado por lazos de proximidad. Se refiere a los nexos horizontales que se establecen entre personas con condiciones de vida similares con un cierto nivel de vecindad.	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de apoyo Mutuo. - OSC - Crecimiento de afiliados/as.
Puente (Bridging)	Relaciones entre grupos similares. Formas articuladas de organización o redes organizacionales de una misma identidad que actúan en un espacio relativamente común y en torno algunos intereses comunes.	<ul style="list-style-type: none"> - Red de OPVVS - Asociación LGTB TS - Grupo Macrorregional Norte LGTB. - Centros comunitarios - Redes sociales virtuales nacionales e internacionales. - “Ver para confiar comunitario” en Lima.
Escalera (Linking)	<ul style="list-style-type: none"> - Redes entre grupos y personas de distinta identidad y distintos grados de poder sociopolítico. - Nexos que crean relaciones medianamente consolidadas entre personas, comunidades y agencias públicas y organismos no gubernamentales externos. - Facilitan el acceso a esferas políticas, a recursos de agencias externas, al apoyo de estas agencias en momentos de crisis o amenaza, u otros. - Vincula a las personas y los grupos con los planes, programas y proyectos, así como con los grupos privados. 	<ul style="list-style-type: none"> - COREMUSAs conformadas por representantes del Gobierno Regional, la Gerencia de Desarrollo Social, la Dirección o Gerencia Regional de Salud, ONGs, univerSIDAdeS, colegios profesionales, asociaciones, iglesias, empresas, representantes de las Direcciones de Educación, Trabajo, Turismo, INPE, organizaciones de personas afectadas y vulnerables (PVVS, HSH y TS) entre otras. - FORO Salud - MLCP - CONAMUSA • Oportunidades de crear y desarrollar capital social: Reuniones de retroalimentación y Reuniones de PAAL. • Oportunidades de desarrollar propuestas: PERM, Ordenanzas regionales y municipales anti estigma y discriminación y acceso de los adolescentes a los Servicios de salud sexual y reproductiva. • Participación en programas y proyectos.

6.4. Resultados relacionados con las evidencias de empoderamiento individual y social del delegado comunitario

6.4.1. Vivencia del estigma y la discriminación por los delegados comunitarios

La experiencia del estigma y la discriminación es cotidiana en las personas que viven con el VIH o en las poblaciones vulnerables al VIH. Los DC durante y antes de ejercer este rol han convivido con esta realidad. Los hallazgos que se muestran dan cuenta de ambos momentos con la identificación de los principales factores explicativos de la nueva conducta.

- a. La visibilización pública de la condición de PVVS o de PV al VIH, por parte de los delegados comunitarios, tomando como referencia el inicio de la VI Ronda, tienen un promedio de 13 años (3 DC), 6 años (5 DC) y 1 DC se visibiliza casi simultáneamente con el inicio del programa. Todos/as acreditan varios casos de estigmatización y discriminación. El abordaje de estos hechos, antes de su incorporación como delegado comunitario, en la totalidad de los casos, afirman que ha sido emocionalmente pasiva (cólera, tristeza) y reactiva (agresividad). Solo dos DC señalan que además adoptaron algunas actitudes más proactivas.
- b. En el tiempo que estaban desempeñándose como DC, sólo 2 manifestaron no haber sido víctimas de estigma y/o discriminación; los demás acreditan casos. La naturaleza de estos son muy similares a los ocurridos en años anteriores al 2007. En todos los DC se confirma que disponen de nuevas actitudes y comportamientos de naturaleza asertiva ante estos hechos. Se reconocen como los factores explicativos de esta nueva conducta, en primer término: considerarse sujeto de derechos (4); tener el respaldo de la familia; el desarrollo de capacidades y habilidades sociales; contar con el respaldo de las comunidades y el nivel educativo logrado, son factores que siguen en la relación (1).
- c. En segundo lugar identifican como factores el nivel de educación formal alcanzado y el desarrollo de capacidades y habilidades sociales (gestión social, incidencia pública, negociación, formulación de proyectos, vigilancia social).
- d. A nivel motivacional se encuentran variadas expresiones:

“El pertenecer a una institución con amplia experiencia me ubica en un espacio privilegiado. He mejorado mi capacidad de gestionar nudos críticos y problemas personales de una forma más educada y con más herramientas”. (Tonika)

“Tengo una alta autoestima, fortalecida y empoderada por el reconocimiento de mis pares y del personal de salud por el trabajo que realizo”. (Leticia)

“Mayor empoderamiento y conocimiento de derechos y deberes ciudadanos. (Francisco).

“En mi labor como DC he conocido entidades que ofrecen apoyo en estos casos. Estoy más empoderada”. (Elizabeth).

“El fortalecimiento personal y el conocimiento de mis derechos y deberes como ciudadano. (Alex)

“No hay temor. Reconozco que tengo derechos”. (Oscar)

“Aprendí a manejar mis emociones y entender que las personas reaccionan mal a lo que no conocen o tienen ideas equivocadas”. (Jesús)

6.4.2. Ejercicio de la denuncia y la defensa de derechos por los delegados comunitarios

Este aspecto es fundamental para la comprensión del tipo de empoderamiento de los delegados comunitarios. A partir de las entrevistas se han identificado y comparado sus comportamientos relacionados con la denuncia y la defensa de derechos de las poblaciones vulnerables, antes y durante su condición de DC

Entre los hallazgos más significativos se cuentan los siguientes:

- a. Tres delegados comunitarios revelan que no han tenido participación en actividades de denuncia y/o defensa de derechos de las PVV y/o PV antes de asumir este rol. Dos de ellos coinciden con los años previos a su visibilización pública como PV.

Los asuntos materia de la denuncia y/o defensa de derechos impulsados por estas personas antes de ser delegados comunitarios han sido recurrentemente el maltrato a las PVVS y PV en los establecimientos de salud, específicamente los abusos a las Trans y TS y por la escasez de medicamentos. Desde el activismo, han predominado las movilizaciones de grupos y las actividades de sensibilización.

- b. Durante su condición de delegado comunitario, aun se han mantenido los hechos y razones descritos, habiéndose agregado la discriminación a las madres seropositivas, los crímenes de odio y la homofobia. Se dio paso desde el activismo a las estrategias de incidencia para la obtención de ordenanzas, manteniéndose las movilizaciones públicas. En esta etapa también es significativa la participación de otros actores, además de la Defensoría del Pueblo que recurrentemente aparece en todas las etapas, como las direcciones regionales de salud, las organizaciones locales y regionales de PVVS y PV, así como los propios consorcios implementadores de los Objetivos de la VI Ronda.
- c. En cuanto a los roles jugados, antes de su participación en la VI Ronda, predominaba la denuncia y vocería, así como un activismo difuso de los procesos. Durante la VI Ronda, los roles desempeñados, además de los anteriores, han incluido la facilitación mediadora, el acompañamiento a los afectados y la asistencia técnica cuando se disponía de esta capacidad. Una característica que salta a la vista es la conducción de estos procesos de denuncia y defensa de derechos por canales predominantemente formalizados. Los resultados, por las consideraciones antes descritas parecieran más positivos y estables tanto en los antiguos como nuevos asuntos, incluida la capacidad de monitoreo y vigilancia social e institucional de sus efectos.

6.4.3. Estrategias de abordaje de casos propuestos por los delegados comunitarios

A nueve delegados comunitarios se le solicitó que, según su experiencia, identificaran un problema para luego de caracterizarlo y seleccionaran las formas de abordaje que le darían al problema. Para ello tenían a la vista una lista de alternativas que no tenía carácter limitativo. Los resultados integrados se muestran a continuación:

Delegado Comunitario	Problema seleccionado	Alternativas de abordaje elegidas
Tonika	Escasez de condones masculinos	<ul style="list-style-type: none"> - Reclamo grupal como ejercicio de derechos. - Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema. - Articulación con otras organizaciones y redes sociales. - Movilización y manifestación pública.
Francisco	Escasez de insumos para el control de ITS/VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Enviar una comunicación apostando por la solución al problema. - Reclamo grupal como ejercicio de derechos. - Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema. - Articulación con otras organizaciones y redes sociales. - Movilización y manifestación pública.
Leticia	Falta de medicamentos para TARGA	<ul style="list-style-type: none"> - Enviar una comunicación apostando por la solución al problema. - Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema. - Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
Cristhian	Falta de medicamentos para TARGA	<ul style="list-style-type: none"> - Incidencia con Directivos y funcionarios responsables del problema. - Judicialización
Elizabeth	Falta de medicamentos para TARGA	<ul style="list-style-type: none"> - Reclamo grupal como ejercicio de derechos. - Articulación con otras organizaciones y redes. - Movilización y manifestación pública.
Jesús	Falta de medicamentos para TARGA	<ul style="list-style-type: none"> - Enviar una comunicación apostando por la solución al problema. - Reclamos para los casos individuales. - Reclamo grupal como ejercicio de derechos. - Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema.
Angela	Falta de medicamentos para TARGA	<ul style="list-style-type: none"> - Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema. - Articulación con otras organizaciones y redes sociales. - Movilización y manifestación pública.
Alex	Deficiente programación y/o ejecución del PPR VIH 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.
Oscar	Limitada disponibilidad de Pruebas Rápidas para la Prevención de la transmisión vertical	<ul style="list-style-type: none"> - Reclamo grupal como ejercicio de derechos. - Articulación con otras organizaciones y redes. - Movilización y manifestación pública.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

- a. Como se advierte, los problemas seleccionados se pueden agrupar en dos: relacionados con el abastecimiento de medicamentos e insumos (condones, pruebas rápidas, medicamentos, etc.) y gestión del Presupuesto por Resultados en VIH. El primer tipo de problemas han sido recurrentes en la experiencia previa y durante su condición de delegado comunitario.
- b. Las alternativas priorizadas son: incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema (7); reclamo grupal como ejercicio de derechos (6), articulación con otras organizaciones y redes sociales (6); movilización y manifestación pública (5). Las menos elegidas han sido: enviar una comunicación apostando por la solución al problema (3) y judicialización (1).
- c. En general, las referencias a formas de carácter pasivo, asistencialista y dependiente son muy escasas, habiéndose configurado un abordaje con una mayor conciencia y quehacer ciudadano que combina la incidencia y gestión ante

las autoridades con la movilización pública y alianzas con otras instituciones y redes sociales. Este comportamiento no es totalmente homogéneo. Francisco, Leticia y Jesús todavía consideran pertinente manejar como primera opción enviar una comunicación apostando por la solución al problema.

6.4.4. Iniciativas y proyectos promovidos antes y durante su condición de delegado comunitario

Los hallazgos sobre promoción de iniciativas y de proyectos por parte de los DC antes de serlo y durante el ejercicio de este rol, se resume en los siguientes términos:

- a. Antes de ser delegados comunitarios, Leticia, Christian y Alex no habían impulsado ninguna iniciativa y/o proyecto a favor de sus comunidades. Durante su condición de delegados comunitarios, Leticia y Christian tampoco han desarrollado emprendimientos de esta naturaleza, sumándose Oscar.
- b. Antes de su participación en la VI Ronda, la mayoría de las intervenciones han sido iniciativas bastante dispersas y puntuales (Promoción e IEC, mayores capacidades a laboratorios, apoyo a estrategia de pares y la conformación de equipos técnicos de VIH). Los proyectos han sido los menos (emprendimientos económicos en TS). Durante la condición de delegados comunitarios las intervenciones han adoptado otros temas: prevención del abuso y promoción de derechos, prevención en niños y adolescentes, acceso a tratamientos y formulación de planes operativos. Los proyectos promovidos y aprobados han sido más que los no aprobados.
- c. Los roles asumidos han sido casi los mismos: promoción, facilitación y acompañamiento; sin embargo, en la condición de delegado comunitario, algunos han ejercido labores de asistencia técnica por contar con las capacidades para ello (Alex, Francisco y Angela).

6.4.5. Participación ciudadana del delegado comunitario

Esta dimensión comprende el conocimiento de los DC sobre las políticas públicas sobre VIH/SIDA y la participación en la respuesta al VIH/SIDA y en la gestión ciudadana.

a. Conocimientos del delegado comunitario sobre instrumentos de políticas públicas sanitarias de VIH SIDA.

Durante los años 2007-2011 en el país se han generado una serie de decisiones sobre políticas sociales y sanitarias que forman parte de la respuesta al VIH, particularmente en los ámbitos regionales y que han sido promovidas y apoyadas por los Objetivos de la VI Ronda. Entre estos instrumentos de política se encuentran:

- Planes Estratégicos Multisectoriales Regionales VIH/SIDA - PERM
- Declaraciones de Prioridad Sanitaria para la prevención y atención del VIH/SIDA en regiones y provincias del país.
- Planes Anuales Provinciales sobre VIH/SIDA en las regiones donde están vigentes los PERM.

- Ordenanzas regionales de acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva sin la presencia obligada de sus padres.
- Ordenanzas regionales de igualdad de trato a PPVV y PV. No estigma y discriminación.

Los resultados obtenidos se visualizan en el siguiente cuadro resumen:

Delegado Comunitario	Conocimiento de instrumentos de política pública			
	Conoce todos	Conoce la mayoría	Conoce pocos	No conoce
Tonika	-	X	-	-
Leticia	-	X	-	-
Cristhian	-	X	-	-
Francisco	-	X	-	-
Elizabeth	-	X	-	-
Alex	X	-	-	-
Oscar	-	X	-	-
Jesús	-	X	-	-
Ángela	X	-	-	-

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

- a. Dos delegados comunitarios conocen todos los instrumentos de política que están vigentes en ámbito de trabajo, particularmente en la sede donde ha estado laborando dentro de la macrorregión que le correspondió.
- b. Siete delegados comunitarios, conocen la mayoría de los instrumentos vigentes en sus ámbitos.
- c. Estos hallazgos muestran a los delegados comunitarios con un conocimiento y comprensión transversal de los avances en la respuesta al VIH en términos de instrumentos públicos regionales.

b. Participación de los delegados en la respuesta al VIH/SIDA y en la gestión ciudadana

Para estos efectos se ha considerado determinar la participación de los DC en algunos espacios y procesos específicos a la respuesta regional al VIH/SIDA y, a una escala distinta, su participación conforme a los mecanismos que establecen las diversas normas de participación y control ciudadano vigentes en el país.

En principio se establecen como espacios y procesos claves de naturaleza predominantemente regionales, los siguientes:

- CONAMUSA
- Formulación del PEM⁵⁰
- COREMUSA

⁵⁰ Plan Estratégico Multisectorial de lucha contra el VIH

- Formulación del PERM⁵¹
- Formulación de POAS⁵²VIH provinciales
- Talleres para formulación del Presupuesto participativo
- Reuniones de transparencia y rendición de cuentas
- Presentación informe defensoría sobre VIH.

Los principales hallazgos son los siguientes:

- La participación en la CONAMUSA y la formulación del PEM 2007 – 2011 son oportunidades que están determinadas por su localización en la ciudad de Lima. Ello constituye una ventaja importante para los DC de Lima, sin embargo de cuatro de ellos, solo uno ha intervenido en éstos y en casi todo el conjunto de espacios y procesos.
- Una mediana participación lo acreditan Tonika y Christian
- Llama la atención que 6 delegados comunitarios no hayan estado ligados a estos mecanismos y procesos.

c. Intervención de los delegados comunitarios en los mecanismos de participación que establecen las normas nacionales y regionales

En el país los derechos ciudadanos para la participación y fiscalización se dan a través de los siguientes mecanismos normados por las leyes respectivas:

Derecho ciudadano	Mecanismo
1. Participación en la toma de decisiones	Consejo de Coordinación Regional
	Consejo de Coordinación Local
	Plan de Desarrollo Concertado Regional
	Plan Concertado Regional de Salud
	Mesas de concertación y de diálogo
	Otras (especifique)
2. Participación en la información oficial	Audiencias públicas
	Requerimientos de información a las autoridades
3. Fiscalización y control	Revocatoria de autoridades elegidas
	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios
	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son los siguientes:

- a. Cuatro delgados comunitarios logrado alcanzar un nivel de participación significativo al intervenir en todos los espacios.

⁵¹ Plan Estratégico Multisectorial Regional de VIH

⁵² Plan Operativo Anual VIH

- b. Un delegado comunitario ha logrado participar solo en audiencias públicas y requerimientos de información.
- c. Dos delegados comunitarios, han estado ajenos a estos mecanismos normativos de la gestión ciudadana en sus ámbitos.

6.4.6. Resultados relacionados con el empoderamiento de las organizaciones de personas afectadas o vulnerables al VIH

a. Reclamos y denuncias de las OPV/OPVVS en los últimos años

Las OPV/OPVVS a las cuales los delgados comunitarios han brindado asistencia técnica y acompañamiento durante la VI Ronda, han promovido y/o apoyado un conjunto de procesos que muestran el ejercicio de su ciudadanía.

De las respuestas obtenidas en el cuestionario respectivo, se presenta el siguiente resumen:

Nombre de la Organización	Asunto	Actores involucrados	Rol desempeñado por la organización	Resultados
Diversidad San Martinense	Discriminación laboral	DISAM, Defensoría MHOL	Seguimiento	Sanción Caso emblemático
ARPOLL	Discriminación en su colegio 2010. Pacasmayo. Desabastecimiento de ARV. 2008.	COREMUSA, INSADEH, Defensoría del Pueblo, ARPOLL, HRDT. GERESA	Impulsor conjuntamente con medios de comunicación, abogacía.	Se reintegró al niño a su centro de estudios. Inmediata solución. Optimo
Viviendo en positivo	Abandono familiar de niño Positivo, Oyotun, 2008 Oposición para operar a MVVS. Chiclayo, 20010	Defensoría del pueblo	Denuncia y seguimiento	Niño protegido por el estado. Mujer operada
Juntos para tu apoyo	Desabastecimiento 2011 Discriminación, 2009 maltrato en la atención, 2011	Organizaciones de PVVS, PV, Hospital Regional	Denunciante Denunciante Promotor	Abastecimiento Servicios mejorados
REDECOMS	Desabastecimiento de ARV hospitales de Lima y Callao	DISAS y organizaciones y personas con VIH, ONG	Denuncia y vocería	Mejoras en la disponibilidad de medicamentos
Miluska Vida y Dignidad	maltrato a TS	TS, Policías, etc.	Asistencia técnica, acompañamiento, Vocería e incidencia política.	Defensoría ha integrado en las capacitaciones el tema de TS y derechos humanos. Impedir la propuesta de la Zona Rosa.

Los hallazgos más relevantes son:

- Todas las OPV/OPVVS han gestionado reclamos y denuncias en defensa de los derechos de las poblaciones afectadas y vulnerables. La mayoría son casos de discriminación por la condición de PVVS, niño y adulto (5), siguiendo el desabastecimiento de medicamentos, particularmente de antirretrovirales en hospitales (3) y maltratos por desatención, por abandono o por agresión (3).
- Se advierte una diversificación de los actores institucionales y sociales que estaban involucrados en la respuestas a las situaciones problemáticas que se denunciaban y/o reclamaban. La participación de la Defensoría del Pueblo y de las propias OPV/OPVVS y redes de OPV/OPVVS e interinstitucionales como la COREMUSA, son recurrentes.
- Los roles asumidos por las OPV/OPVVS tienen un núcleo común: Denuncia pública, abogacía y vocería. Miluska Vida y Dignidad es el caso donde la actuación ha sido multirregional y han incluido labores de asistencia técnica.

b. Participación de las OPV/OPVVS en las decisiones y procesos estratégicos de la respuesta regional VIH en la región

Los resultados en este aspecto, conforme a las respuestas dadas por los representantes de los OPVS/OPVVS, que si atendieron esta parte del cuestionario, son los siguientes:

Nombre de la Organización	PERM VIH SIDA	Prioridad Sanitaria para prevención y atención de VIH SIDA	POA Provincial VIH	Ordenanza Regional Acceso de los adolescentes a los Servicios de SSR	Ordenanza Regional Acceso de igualdad de trato a PVVS y PV No EyD	Talleres formulación del Presupuesto participativo
CHERL Iquitos	Si	Si	Si	Si	Si	Participante
ARPOLL Trujillo	Si	Si	Si	Si	Si	Participante
Viviendo en positivo Chiclayo	Si	Si	Si	Si	Si	Participante
Juntos para tu apoyo Tarapoto	No	No	No existen	-	Si nivel provincial	Participante
REDECOMS Lima	Si	Si	Si	Si	Si	-
Miluska Vida y Dignidad Lima	Si	Si	No	No	Si Ordenanza del Callao de reconocimiento de las TS para obtener el SIS.	Participante en Lima

Los principales hallazgos encontrados son los siguientes:

- En la formulación y gestión de los PERM casi todas las organizaciones han intervenido como miembros activos en su formulación. Igualmente en la formulación de los POA provinciales de respuesta al VIH. La región San Martín no cuenta con este instrumento. EL conocimiento y participación para otorgarle prioridad sanitaria a la prevención y atención del VIH/SIDA es similar al comportamiento con el PERM. La región San Martín no ha declarado expresamente la prioridad al VIH SIDA.

- En las regiones donde están en trámite (La Libertad) o aprobadas y vigentes las diversas ordenanzas (Acceso de los adolescentes a los SSSR y de igualdad de trato a las poblaciones LGTB TS, las OPV/OPVV intervienen activamente. Excepto REDECOMS, todas las demás OPV/OPVVS han participado en algunos de los talleres de formulación de los Planes Participativos Regionales y Locales.

c. Participación de las OPV/OPVVS en instancias y mecanismos de consulta y gestión del desarrollo regional y local.

Al respecto, las respuestas brindadas por los representantes que sí atendieron esta parte del cuestionario, se resumen en el siguiente cuadro:

Nombre de la Organización	Espacios de participación de su organización en instancias y mecanismos de participación social y de desarrollo locales y regionales		
	Participación en la toma de decisiones	Participación en la información oficial	Fiscalización y control
Diversidad San Martinense	-	-	-
ARPOLL	Plan Concertado Regional de Salud	Audiencias públicas. Requerimientos de información a las autoridades.	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios.
Viviendo en positivo	CCR/ /CCL/PCRS. Mesas de Concertación y de diálogo	Audiencias públicas. Requerimientos de información a las autoridades.	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios.
Juntos para tu apoyo – Tarapoto.	NR	NR	NR
REDECOMS	Plan de Desarrollo Metropolitano	NR	NR

Miluska Vida y Dignidad	CCR ⁵³ Mesas de Concertación y de diálogo	Audiencias públicas. Requerimientos de información a las autoridades.	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios.
-------------------------	---	--	---

Los principales hallazgos son los siguientes:

- La participación de las OPVV u OPV en espacios como CCR, CCL⁵⁴, mesas de concertación regional o local, audiencias públicas de información y rendición de cuentas, en una mirada de conjunto es baja. Individualmente las organizaciones Miluska Vida y Dignidad (Lima), Viviendo en positivo (Chiclayo) y ARPOLL (Trujillo) tienen una participación muy importante en estas instancias de consulta y decisión para el desarrollo local y regional.
- Llama la atención la ausencia de participación de esta naturaleza por la organización “Diversidad San Martinense” en la región San Martín que pareciera guarda alguna relación con la no respuesta sobre estos temas por otra organización de Tarapoto, “Juntos para tu apoyo”.

Análisis e interpretación del componente evidencias de empoderamiento

Durante la VI Ronda, el quehacer de los delegados comunitarios se ha desarrollado en un marco donde persisten importantes violaciones de los derechos a la igualdad y a la no discriminación, al derecho a la personería jurídica e identidad de género, a la vida e integridad personal.

No obstante los avances notables en materia normativa, aún existe una brecha por cubrir para evitar la discriminación y el estigma. La Defensoría del Pueblo ejemplifica esto cuando señala que “(...) durante el año 2009 y 2010 se atendieron un total de 125 y 247 casos respectivamente, relacionados al tema VIH, respectivamente; de ellos 173 correspondieron a quejas por presunta vulneración de derechos”⁵⁵.

De esas quejas señaladas “22 estuvieron dirigidas contra establecimientos de salud bajo la rectoría del MINSA, debido principalmente a incumplimiento de obligaciones por parte de profesionales de la salud (53 quejas), discriminación y malos tratos (40 quejas), deficiente o inadecuada prestación del servicio (26 quejas), y desabastecimiento de antirretrovirales (25 quejas), entre otras”

⁵³ Consejo de Coordinación Regional

⁵⁴ Consejo de Coordinación Local

⁵⁵ Informe Defensorial N°143. “Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/SIDA: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA”.

El nivel de rechazo o aceptación de los HSH y de las PVVS, también se identifican en los estudios del Instituto de Opinión Pública de la PUCP⁵⁶ durante los años 2009 y 2010:

¿A quién no quiere como vecino?	Año 2009		Año 2010	
	Urbano/Rural	Urbano	Urbano/Rural	Urbano
Homosexual	25,8	25,8	-	25,6
PVVS	13,0	13,1	-	17,2

Según los casos presentados por los delegados comunitarios, antes de ingresar a la VI Ronda han vivido situaciones críticas de discriminación por su condición de PVVS o PV.

De modo similar, durante el desempeño del rol de delegado comunitario, la mayoría ha estado expuesta a situaciones de discriminación, sin embargo la respuesta ha sido sustantivamente distinta, predominando la asertividad y la resiliencia. La predominancia de las afirmaciones explicativas de esta nueva conducta en función, primero, de la conciencia de ser sujeto de derechos. Contar con el respaldo de la familia, disponer de mayores capacidades y habilidades sociales, así como un mayor nivel educativo formal, es muy reveladora de la calidad de los procesos y sus resultados. Esta evidencia, conjuntamente con la calidad mostrada en el abordaje de los casos problemas y en la gestión de iniciativas y proyectos sociales, muestra los logros en el empoderamiento social del delegado comunitario.

Las evidencias en materia de denuncias y ejercicio de derechos, el conocimiento de los instrumentos de política regional de respuesta al VIH, así como la todavía incipiente participación en espacios normativos de consulta, decisión y control regional, muestran el empoderamiento político alcanzado por ellos/as.

Respecto al empoderamiento de las organizaciones de PVVS y de poblaciones vulnerables, por las limitaciones en el trabajo de campo anotadas en el capítulo de diseño metodológico, no ha sido posible aplicar los instrumentos que permitían información y conocimientos sobre esta importante dimensión o la escasa data aportada por los informantes claves previstos.

Se puede cubrir parcialmente estos vacíos acotando información de otras fuentes secundarias⁵⁷ que revelan los siguientes avances significativos:

⁵⁶Fuente: Instituto de Opinión Pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).2012.

⁵⁷UGPFM CARE Perú. 2013."Sistematización de la experiencia de la gestión descentralizada de los Objetivos de la VI ronda".

En este período, y como parte de los planes operativos de los SR y de las funciones y responsabilidades de los DC, se ha incrementado sustantivamente el número de organizaciones, particularmente, de poblaciones vulnerables. Al término de la VI Ronda funcionaban 20 organizaciones de poblaciones vulnerables en la Macrorregión Oriente. Antes de la VI Ronda, en cada región existía en promedio una organización de poblaciones vulnerables, conformadas predominantemente por grupos homosexuales. En las tres regiones se han diversificado, incluyendo las poblaciones LTGB y cubierto otras provincias y hasta distritos de alto riesgo por razones de la epidemia.

En la macrorregión Norte, aproximadamente 25 organizaciones de poblaciones vulnerables se han activado con apoyo de los Objetivos de la VI Ronda, particularmente el Objetivo 1. La cobertura organizacional se ha extendido hacia provincias distintas a las capitales de las regiones. Al interior de la mayoría de las regiones del norte se ha desarrollado una experiencia de Mesas de Concertación LGTB y TS que han desarrollado planes concertados y estratégicos LGTB y TS e impulsado estrategias comunes de defensa de derechos e incidencia política para el conjunto de organizaciones de poblaciones vulnerables.

En un nivel más cualitativo, se configuran como indicios de empoderamiento de las OPVVS y OPV en lo relativo su participación significativa en la gestión de reclamos y denuncias y en las decisiones y procesos estratégicos de la respuesta regional VIH en la región.

Coincidentemente con el comportamiento de la mayoría de los delegados comunitarios, estas organizaciones, también tiene escasa participación en las instancias y mecanismos de consulta y gestión del desarrollo regional y local.

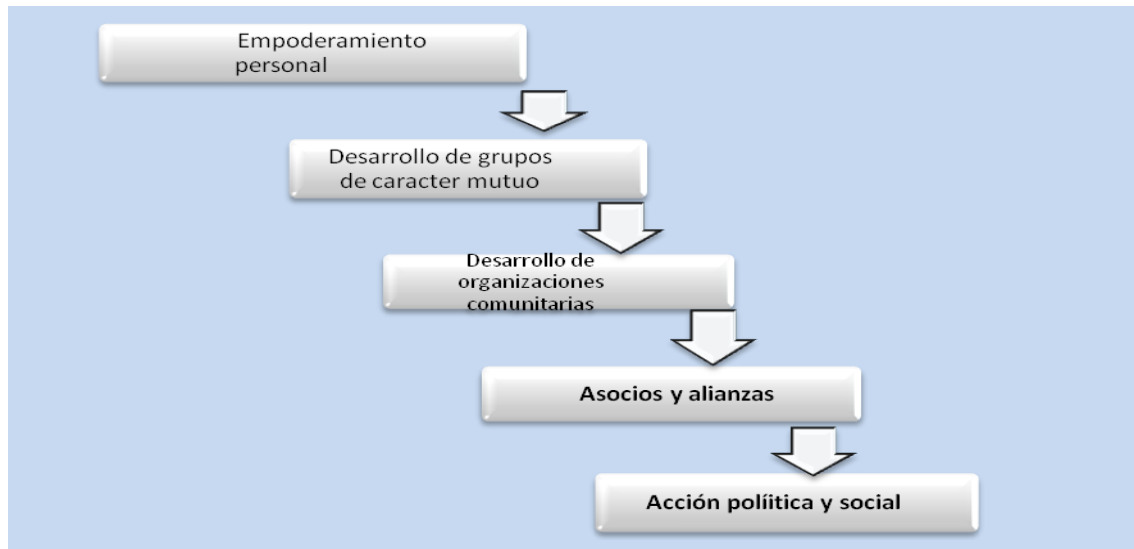
Aparte del incremento formal del número de OPVVS y OPV como resultado del trabajo protagónico de los delegados comunitarios, así como el reconocimiento de las propias organizaciones de su apoyo constante en materia de asistencia técnica y acompañamiento en vigilancia, incidencia y gestión social, la evidencia generada es todavía insuficiente para mostrar las relaciones causales o de correlación entre el desarrollo del capital social individual y grupal de los delegados comunitarios con el crecimiento de los activos sociales de las OPVV y OPV.

Según las afirmaciones precedentes cobra mucho sentido el marco conceptual de la relación empoderamiento y estigma u discriminación, propuesto por Policy⁵⁸: *“...empoderamiento es el proceso de ayudar a fomentar las capacidades de las personas para valerse por sí mismas, y constituye la base de una respuesta efectiva al estigma y discriminación, el ejercicio de su derechos ciudadanos, particularmente para su participación comunitaria y social. Puede ser un proceso individual o grupal. Puede incluir el fortalecimiento de habilidades y conocimientos, la construcción de la auto-aceptación y el capital social, el mejoramiento del ambiente sociopolítico para cambios saludables y el mejoramiento de elementos*

⁵⁸Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. 2006. “Romper el ciclo: Estigma, discriminación, estigma interno y VIH”.Policy Proyect.) Págs.14-15.

para el desarrollo de habilidades organizacionales. Empoderar a los individuos y a las comunidades incluye ayudarlos a adquirir habilidades de incidencia política y comunicación. Es un proceso que ayuda a asegurar que aquellos directamente afectados por el VIH estén integralmente involucrados en la toma de decisiones, así como en la planeación y puesta en marcha de las diversas estrategias”.

El empoderamiento revisado retrospectivamente, se convalida con la definición de empoderamiento de Laverack, 2001, citado por Mar Rodríguez⁵⁹: Continuo dinámico de procesos con etapas distinguibles, no lineales y con un cierto nivel de agregación que se grafica a continuación:



⁵⁹ Op. Cit. Pág. 26

6.5. Resultados relacionados con el empoderamiento organizacional de los delegados comunitarios

Respecto a algunos procesos claves, a partir de las entrevistas a los delegados comunitarios se pudieron obtener los siguientes hallazgos:

a. Sobre remuneraciones, condiciones laborales y bienestar

Tener un contrato de 5ta categoría y el acceso al seguro social y a una EPS privada eran condiciones consustanciales del tipo de contrato y se daban al margen de la voluntad del empleado.

Por liberalidad. CARE Perú otorgó otros beneficios, tales como:

- 1) Seguro Médico: RIMAC EPS
- 2) Seguro Oncológico (convenio con Oncosalud descontados por planilla)
- 3) Seguro de Enfermedades Catastróficas
- 4) Seguro Vida Ley
- 5) Licencias con goce de haber (cumpleaños, fallecimiento de familiar cercano, matrimonio, paternidad y maternidad)
- 6) Bono (fallecimiento, tiempo de servicio)
- 7) Horario de verano

En el siguiente cuadro se resume la percepción de los DC respecto al acceso tenido durante el ejercicio de este rol:

Delegado Comunitario	Acceso			
	A todos (7)	En gran medida (5 - 6)	En mediana medida (5-4)	En baja medida (3-2)
Tonika	x	-	-	-
Leticia	x	-	-	-
Cristhian	x	-	-	-
Francisco	x	-	-	-
Elizabeth	x	-	-	-
Alex	x	-	-	-
Oscar	x	-	-	-
Jesús	-	-	-	X
Angela	x	-	-	-

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Los principales hallazgos son los siguientes:

- 8 delegados comunitarios han tenido la oportunidad de acceder a la totalidad (7) de los recursos y oportunidades. Un delegado comunitario, además de su

contrato de 5° categoría y de estar inscrito y hacer uso de su seguro social y privado, ha tenido solo necesidad de aprovechar un permiso especial.

- 1 delegado comunitario (Carlos, a consecuencia del accidente sufrido ha hecho uso de todas los beneficios previsionales, incluido Seguro Vida Ley, cuando se ha declarado su invalidez permanente.
- En general, los delegados comunitarios reconocen que han tenido la seguridad laboral y previsional adecuada para el desempeño de sus funciones y tareas.

b. Sobre adscripción e inducción de los Delegados Comunitarios

Los equipos clave de los SR reconocían la existencia de un conjunto de normas y/o directivas de CONAMUSA y del RP que darían soporte al rol y quehacer del delegado comunitario, principalmente las Bases Administrativas de la licitación para la selección de SR de los Objetivos de la VI Ronda.

Cuando el delegado comunitario fue adscrito al Consorcio hubo percepciones mezcladas respecto a su rol, aunque con predominio de las percepciones negativas:

- “Había preocupación por la presencia de una persona desconocida dentro del equipo de trabajo”.*(Coordinador Objetivo 3 MR0)
- “Se especulaba que cumpliría una función de observador de las actividades y a la vez de reportar directamente al RP”.* (Coordinador Objetivo 2 MRN)
- “Temíamos que podría ser un factor de conflicto, considerando que representaba a una comunidad de orientación sexual distinta y no adaptarse al grupo”.*(Coordinador Objetivo 1 MRN)
- “Rápidamente fue percibido como un potencial apoyo para el relacionamiento e involucramiento en el trabajo con las poblaciones afectadas”.*(Coordinador Objetivo 3 MRCS).(Fuente: Entrevistas a Coordinadores Técnicos” Sistematización de experiencia de los delegados comunitarios VI Ronda. Setiembre 2012 UGPFM CARE Perú)

c. Sobre acceso a recursos y oportunidades de los delegados comunitarios desde los SR

Una vez adscritos en los SR por parte del RP, los DC para su desempeño técnico y comunitario deberían acceder a un conjunto de recursos y oportunidades brindadas por los SR en función a disposiciones establecidas por el RP. Estas fueron las siguientes:

1. Acceso a información técnica y administrativa del objetivo
2. Disponibilidad de ambiente de trabajo: mobiliario y equipo de oficina
3. Disponibilidad de recursos presupuestales para implementar su plan de trabajo
4. Consulta y retroalimentación de su plan de trabajo y POI

5. Apoyo técnico y acompañamiento en el desarrollo de sus funciones y actividades
6. Respaldo institucional y programático en sus gestiones
7. Facilitación de contactos con autoridades, funcionarios, directivos, etc.

En el siguiente cuadro se resumen los resultados:

Delegado Comunitario	Acceso			
	A todos (7)	En gran medida (6-5)	En mediana medida (4-3)	En baja medida (2-1)
Tonika	x	-	-	-
Leticia	x	-	-	-
Cristhian	x	-	-	-
Francisco	x	-	-	-
Elizabeth	x	-	-	-
Alex	-	x	-	-
Oscar	x	-	-	-
Jesús	x	-	-	-
Angela	x	-	-	-

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Casi la totalidad de los delegados comunitarios consideran que han tenido acceso a todos los recursos y oportunidades. Alex califica como “en gran medida” aduciendo que no ha tenido el suficiente apoyo con recursos presupuestales para implementar su plan de trabajo.

Análisis e interpretación

Después de la decisión para la gestión descentralizada de los objetivos de la VI Ronda de los Programas del Fondo Mundial, la siguiente decisión estratégica fue la creación de los delegados comunitarios como resultado de un proceso de revisión crítica del rol de los asesores comunitarios desde distintas vertientes, principalmente de las redes y plataformas de poblaciones vulnerables, así como de CARE Perú en su condición de receptor principal de la II y V Ronda. La visión sobre el perfil quedó establecida en los documentos normativos de la Licitación Pública para la selección de los delegados comunitarios que contienen un conjunto de disposiciones que prescriptivamente establecen los facultamientos técnicos y administrativos.

La puesta en valor del capital social individual y social se dio desde un inicio. En el proceso de selección, como parte de las condiciones y requisitos, se demandó que las organizaciones de comunidades vulnerables al VIH/SIDA (HSH/TS) presentaran las ternas de candidatos conforme a una documentación que evidenciará un nivel de formalización de las organizaciones y una propuesta de plan de trabajo aprobado por la asamblea de la organización.

Es pertinente también reconocer que, según los Objetivos, los requerimientos definidos para cada uno de los delegados comunitarios exigían una importante cantidad de activos de capital humano cognitivo en términos de experiencia y habilidades básicas y sociales. El nivel mínimo de educación formal requerido era educación secundaria, bonificándose otros logros formativos con un puntaje complementario.

Por las características del perfil a desempeñar y por exigencia de la política institucional de CARE Perú, se sometió a los postulantes a delegados comunitarios seleccionados a un proceso de evaluación complementaria en los aspectos cognitivos, emocionales y de gestión.

Ha sido determinante contar con un adecuado nivel de bienestar laboral⁶⁰, aportados por el disfrute de los derechos y beneficios económicos y extra económicos como trabajadores de CARE Perú. Mención especial merece el significado para la totalidad de los delegados comunitarios el sentirse orgánica y funcionalmente como miembros de CARE Perú.

El facultamiento más complejo ha sido la adscripción y ejercicio de su rol en y con el SR por temor a su misión de control y a ser percibido como un potencial actor conflictivo. La capacidad de adaptación de los equipos claves de los SR, el soporte del RP, particularmente del Comité Asesor Comunitario, el acceso a un conjunto de recursos materiales, informativos, asistencia técnica, respaldo institucional y apoyo a sus planes de trabajo, así como el apropiado manejo de las relaciones laborales e interpersonales de los delegados comunitarios, conllevaron a que, en un plazo relativamente corto, encontraran en ellos y ellas colaboradores competentes.

En la literatura⁶¹ sobre facultamiento se reconocen algunos principios para facultar a las personas, la mayoría de los cuales se han materializado con diversa intensidad en esta experiencia. Estos son los siguientes:

- Otorgar a las personas una cuota importante de autoridad y responsabilidad; independencia en sus tareas y recursos, y visibilización a sus esfuerzos.
- Permitir que las personas tomen decisiones respecto a su trabajo.
- Construir relaciones entre las personas, ligándolos con personas más importantes y apoyándolas por medio de líderes e impulsores.

⁶⁰ Bienestar laboral es un proceso permanente orientado a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del trabajador, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia, así como elevar los niveles de satisfacción, eficacia, eficiencia, efectividad e identificación con el servicio que ofrece. Cfr. Ander Egg, E. (1995): Diccionario de Trabajo Social. Argentina, Editorial Lumen.

⁶¹ Scout, d. y Jaffe, D.2011. "Empowerment. Cómo otorgar poder y autoridad a su equipo de trabajo". Editorial Iberoamericana SAC.México. DF.

6.6. Hallazgos desde la perspectiva de la Gerencia Social

- a. Desde la mirada de una Gerencia Social Adaptativa y siguiendo la propuesta de Licha⁶², a continuación se identifican las decisiones de gerencia y/las funciones estratégicas que guardan relación con herramientas de gerencia social y cuya adopción no ha sido necesariamente deliberada, pero que se han empleado durante el desarrollo de la experiencia. Los recursos teórico conceptuales de la presente sistematización han ayudado a explicitar estos conceptos e instrumentos.

Tipo de herramientas	Decisiones de gerencia/funciones estratégicas
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración apropiada de las políticas de descentralización político administrativa del país. - Implementación del PEM 2007 - 2011 - profundización del MIPA - Evaluación rápida de las capacidades institucionales de las regiones para la respuesta al VIH. - Incorporación de la figura del delegado comunitario en lo lineamientos para la selección de los <objetivos de la VI Ronda. - Formalización del perfil prescriptivo del delegado comunitario con sus facultamientos técnicos, administrativos y comunitarios.
Análisis de los involucrados	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de los asesores comunitarios desde la CONAMUSA y las propias organizaciones de PVVS y PV. - Evaluación de desempeño de los SR, incluido perfil del delegado comunitario.
Análisis de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de información, coordinación y monitoreo con las organizaciones de procedencia del delegado comunitario. - Uso de la metodología de nudos críticos para el análisis
Instrumentos de preparación de programas y proyectos	Planes de trabajo del delegado comunitario aprobado y monitoreado por las organizaciones de donde proceden.
Seguimiento y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Informes mensuales del delegado comunitario - Informes trimestrales y/o semestrales del delegado comunitario. - Presentación y discusión de su desempeño programático y comunitario en reuniones de retroalimentación. - Presentación de avance de actividades y nudos críticos en las reuniones mensuales de PAAI. - Reuniones de rendición de cuentas de las rondas y comunitarias.
Técnicas de manejo de conflictos	<ul style="list-style-type: none"> - Negociaciones con participación de RP, SR, contrapartes técnicas y sociales y los delegados comunitarios. - Adopción de acuerdos que se monitorean periódicamente.

⁶²“La herramientas de la gerencia social- Notas de clase, setiembre 1999 Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) - “Diseño y gerencia de políticas y programas sociales” © INDES 2002)

Metodologías para promover y facilitar la Participación.	<p>Aplicación del MIPA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delegado comunitario integrante orgánico de los comités e gestión de los SR. - Co gestión en el diseño, implementación y evaluación de actividades. - Desarrollo de competencias y habilidades sociales para el desarrollo del capital humano, capital social, participación y empoderamiento.
Diseño y coordinación de redes interorganizacionales	<ul style="list-style-type: none"> - Creación y funcionamiento dentro de la Unidad de Gestión de los programas del Fondo Mundial CARE Perú del Comité de asesores comunitarios – CAC. - Institucionalización dentro de CARE Perú de la política anti estigma y discriminación por razones del VIH. - Promoción de organizaciones de PVV y poblaciones vulnerables. - Promoción de reconocimiento legal y personería jurídica. - Vertebración en organizaciones de carácter provincial y regional. - Vertebración de redes macrorregionales de grupos LGTB TS. - Promoción y apoyo a redes inter organizacionales regionales como las COREMUSAS.
Diseño y gestión de la descentralización	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos de gestión descentralizada macrorregional y regional. - Delegados comunitarios de procedencia y con trabajo en las mismas regiones. - Implementación de estrategias para la gestión de la proximidad: reuniones de retroalimentación, reuniones de información y coordinación con decisores regionales. - Promoción de normas municipales y regionales anti estigma y discriminación. - Sensibilización a contrapartes técnicas y sociales para la sostenibilidad de los productos de los Objetivos. - Promoción de la participación social para la respuesta al VIH.

Tanto Sulbrandt,⁶³ (gerencias) como Kliksberg⁶⁴ (direcciones avanzadas) y Arriagada⁶⁵ (instrumentos) coinciden con varias de las herramientas señaladas por Licha, aunque adoptando otras denominaciones:

- Análisis del entorno: Dirección para el análisis sistemático del medio ambiente.
- Metodología para la participación: Dirección para desarrollar modelos participativos; gerencia de los involucrados, gerencia de la participación funcionaria, participación para desarrollar capital social.
- Seguimiento y Evaluación: Dirección para el control social
- Diseño y coordinación de redes inter organizacionales: dirección para diseño de redes y meta redes, gerencia de redes sociales.
- Diseño y gestión de la descentralización: Dirección para potenciar la; descentralización y gerencia de la descentralización.
- Manejo de conflictos: Gestión comunitaria de conflictos.

b. En base a la tipología establecida por Durston⁶⁶, en la experiencia de los delegados comunitarios se pueden identificar los siguientes tipos de participación:

⁶³ (2002) "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales". Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

⁶⁴ Kliksberg, Bernardo. 1997. "Hacia una gerencia social eficiente. Algunas cuestiones claves" en. Revista de Administración Pública Uruguay N° 19.

⁶⁵ Irma Arriagada. 2006. Breve guía para la aplicación del enfoque de capital social en los programas de pobreza CEPAL

⁶⁶ Op.Cit.

Tipo de participación	Expresiones significativas en la experiencia
Empoderamiento	<input type="checkbox"/> Respuesta asertiva ante el estigma y discriminación <input type="checkbox"/> Ejercicio de denuncia y derechos humanos. <input type="checkbox"/> Abordaje ciudadano de situaciones problema <input type="checkbox"/> Promoción de iniciativas y proyectos <input type="checkbox"/> Fortalecimiento de Organizaciones Sociales comunitarias y redes sociales. <input type="checkbox"/> Pertenencia a redes sociales e inter institucionales. <input type="checkbox"/> Participación comunitaria, social y ciudadana ⁶⁷ .
Gestión	<input type="checkbox"/> Intervención orgánica y regular en el equipo de gestión. <input type="checkbox"/> Involucramiento en planeamiento, implementación, monitoreo y evaluación de actividades de los Objetivos.
Instrumental	<input type="checkbox"/> Ejecución de actividades de capacitación, comunicación e incidencia. <input type="checkbox"/> Asistencia técnica y acompañamiento a PVVS y PV para la atención sanitaria y agencia social.
Consultiva	<input type="checkbox"/> Incorporación de la perspectiva de las comunidades de PV en las actividades de los Objetivos. <input type="checkbox"/> Planes de los Objetivos para 2ª fase de la VI Ronda. <input type="checkbox"/> Plan de Aceleración del Arranque Inicial de la VI Ronda <input type="checkbox"/> Estrategia y Planes de sostenibilidad de los resultados de los Objetivos de la VI Ronda.

c. Conforme al ciclo de programa o proyecto, se puede identificar la participación de los delegados en términos de gestión, en los siguientes términos:

En las etapas de diagnóstico y diseño del Programa de la VI Ronda, los delegados no tuvieron participación, sin embargo las organizaciones de PVVS y PV representadas en la CONAMUSA, si lo hicieron en las comisiones respectivas.

Las etapas en las que si intervinieron, se esquematizan a continuación:

Etapas	Expresiones
Participación en la gestión	<input type="checkbox"/> Ejecución de actividades de capacitación, comunicación e incidencia. <input type="checkbox"/> Asistencia técnica y acompañamiento a PVVS y PV para la atención sanitaria y agencia social.

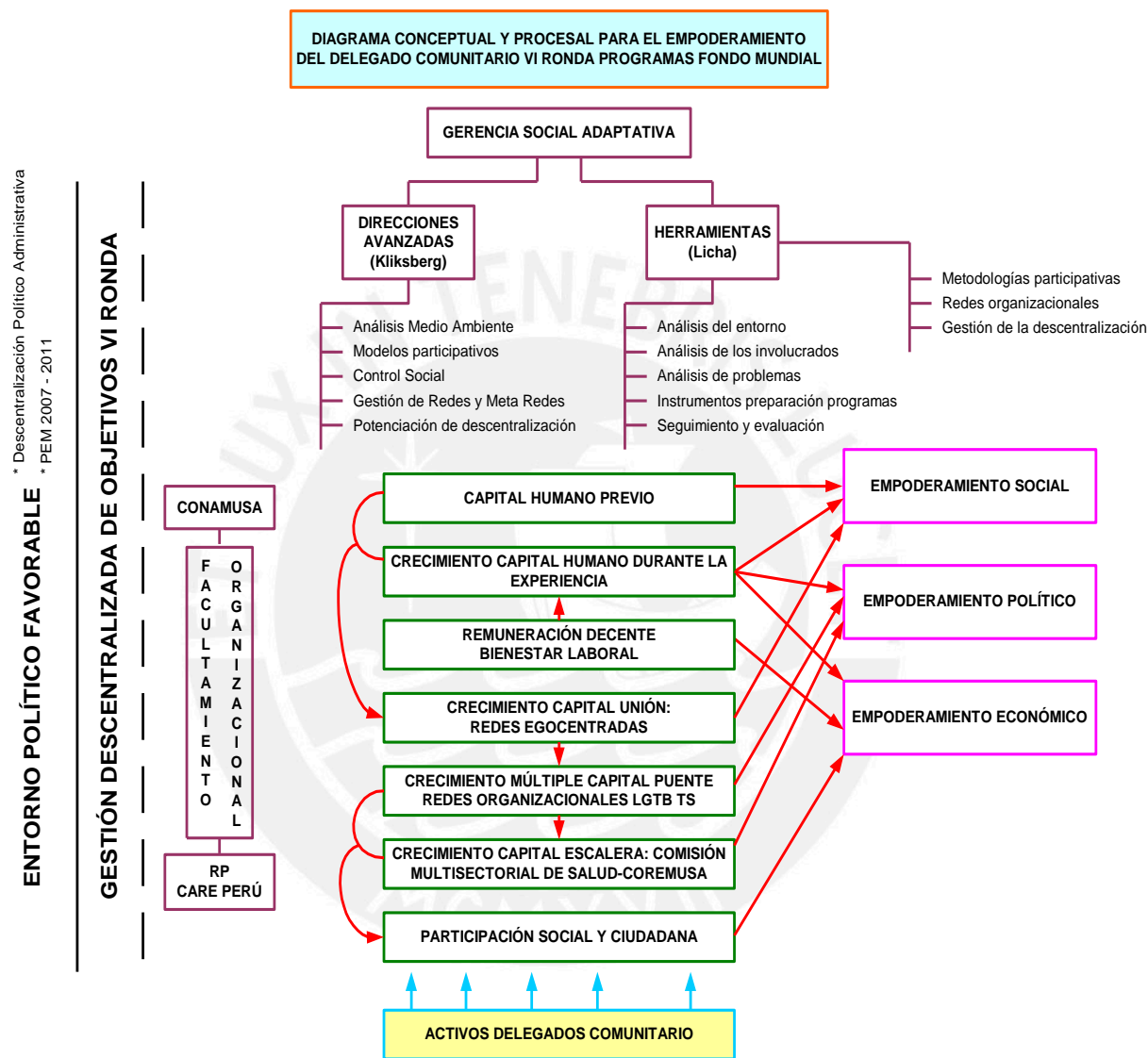
⁶⁷ Es menester relevar a la participación ciudadana de los delegados comunitarios como un nivel y tipo de participación más complejo y elevado y se entiende como tal "... el derecho y la oportunidad, individual o colectiva, que tienen los ciudadanos de manifestar sus intereses y demandas a través de actos, con la finalidad de influir en la formulación y toma de decisiones gubernamentales en los diferentes niveles: nacional, regional o local; contribuyendo de esa manera a mejorar la gestión pública y la calidad de vida de los ciudadanos". Jurado Nacional de Elecciones del Perú y PNUD. 2008. "Guía de Participación ciudadana en el Perú". Pág. 8.

<p>Participación en el monitoreo y evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reuniones mensuales PAAI <input type="checkbox"/> Reuniones trimestrales y semestrales de retroalimentación. <input type="checkbox"/> Supervisión conjunta. <input type="checkbox"/> Visitas de supervisión del CAC. <input type="checkbox"/> Evaluación planes de sostenibilidad de resultados
<p>Control social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reuniones de rendición de cuentas con sus organizaciones de procedencia o a las que brindan a asistencia y acompañamiento regular. <input type="checkbox"/> Reuniones semestrales “ Ver para Confiar” MRCS.
<p>Rediseño del programa o del Objetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulación del PAAI <input type="checkbox"/> Formulación Plan de los Objetivos para la 2ª fase VIR <input type="checkbox"/> Formulación de plan de sostenibilidad de Objetivos para el 5ª año de la VI Ronda.



6.7. Síntesis conceptual y procesal de la experiencia de los delegados comunitarios desde una perspectiva de Gerencia Social

En el siguiente diagrama se han identificado y sintetizado, con una mirada retrospectiva, los diversos componentes y variables más importantes, así como los activos y procesos sociales que han concurrido en todo el curso de la experiencia de los delegados comunitarios de la VI Ronda:



Para una comprensión más clara del diagrama, entiéndase que la dimensión “Facultamiento organizacional” o empoderamiento organizacional cuenta con decisiones y procesos estratégicos como vigencia de un perfil de competencias mandatorios, la gestión operativa descentralizada, la inducción y apoyo técnico y político, entre los más importantes.

CONCLUSIONES

Conclusiones generales

Teniendo como referente el Objetivo General “Conocer la experiencia de empoderamiento de los DC desarrollada durante la implementación del proyecto de la VI Ronda de los Programa del Fondo Mundial entre los años 2007-2012”, las principales conclusiones generales son:

1. En el marco del Tercer Programa financiado por el Fondo Mundial desde el año 2007, denominado “Planes Nacionales Multisectoriales: Integrando recursos en la lucha contra el VIH y SIDA en el Perú”, los delegados comunitarios constituyen una experiencia exitosa de empoderamiento individual y contributiva al empoderamiento de las organizaciones de personas afectadas y poblaciones vulnerables. En el plano de la participación individual, la experiencia de los delegados comunitarios ha devenido en la aplicación más avanzada del Principio de Mayor Involucramiento de las Personas Afectadas al VIH.
2. En la conceptualización explícita del delegado comunitario, así como las características de su perfil, expresadas en la propuesta técnica de la VI Ronda aprobada por el Fondo Mundial, en las bases administrativas de la licitación de los Objetivos de la VI Ronda y para la selección de los delegados comunitarios, no hay referencias a un discurso con categorías como capital social, y empoderamiento. En términos formales y estadísticos no existe en los textos de los documentos señalados ninguna unidad léxica con estas denominaciones⁶⁸. La única categoría utilizada formalmente es participación o involucramiento, en el marco del Principio MIPA, que se focaliza en la participación individual y grupal durante el ciclo del programa.
3. La sistematización ha permitido explicitar y acotar los conceptos y enfoques de capital social, redes sociales, participación social y ciudadana y empoderamiento por niveles y dimensiones, en un contexto donde todavía prima la discriminación por orientación sexual, diversidad sexual y opción laboral (como es el caso de las trabajadoras sexuales).

Los instrumentos diseñados y aplicados a partir de las variables cualitativas y las dimensiones seleccionadas han mostrado su capacidad para captar la información, las percepciones, representaciones sociales, etc. de los delegados comunitarios y

⁶⁸ La X ronda de los Programas del Fondo Mundial en el Perú, incorpora en su denominación y contenido programático la categoría de capital social. Su denominación oficial es “Construyendo el capital social para la prevención del VIH y el acceso a la salud integral de las poblaciones Trans y Gay/HSH, sin transfobia ni homofobia en el Perú”.

otros informantes claves en torno a roles, desempeños, movilización de activos y resultados sociales y políticos correspondientes a ejes complejos que por su relación íntima con el comportamiento sexual, el estigma y la discriminación y otros temas no tienen precedentes de desarrollado en términos de investigación social.

4. En estricto sentido, parte importante de los procesos y resultados mostrados de la experiencia para generar expresamente el empoderamiento individual y comunitario, por lo menos en los términos logrados, no son la respuesta exclusiva a una estrategia deliberada, anticipada y controlada por parte del Receptor Principal o los SR. Ha sido muy importante para el logro de este empoderamiento, la autonomía relativa de los delegados comunitarios, particularmente ejercida para generar y ampliar lazos de confianza, la promoción de la asociatividad en las PVVS y PV, el generar iniciativas y proyectos, el incrementar su participación en redes sociales e inter institucionales, etc.
5. Se puede afirmar que los delegados comunitarios han alcanzado un nivel de empoderamiento individual y social, bastante significativo comparado con los niveles precedentes a la VI Ronda, habiendo obtenido resultados afirmativos en las siguientes dimensiones:
 - Respuesta asertiva ante el estigma y discriminación
 - Ejercicio de denuncia y derechos humanos.
 - Abordaje ciudadano de situaciones problema
 - Promoción de iniciativas y proyectos
 - Fortalecimiento de Organizaciones Sociales comunitarias y redes sociales.
 - Pertenencia a redes sociales e inter institucionales.
 - Participación comunitaria, social y política.
6. La definición de Gerencia Social orientada a la gestión compartida de programas sociales, se enriquece conceptual e instrumentalmente cuando se amplía o profundiza hacia ejes de capital social, participación social y empoderamiento; desarrollo organizacional para la cogestión de programas y gestión compartida de herramientas.

Conclusiones específicas

Considerando lo establecido en el Objetivo Específico 1: “Identificar los aspectos que evidencian el tipo de empoderamiento individual y/o grupal alcanzado por los delegados comunitarios participantes de la VI Ronda y sus respectivas organizaciones”, se han arribado a las siguientes conclusiones:

1. El entorno de las PVVS y de las PV, incluidos los delegados comunitario ha continuado siendo de estigma y discriminación, sin embargo, esta respuesta ha sido sustantivamente superada, predominando las asertividad y la resiliencia. La predominancia de las afirmaciones explicativas de esta nueva conducta, han sido, primero, la conciencia de ser sujeto de derechos, el contar con el respaldo de la familia, el disponer de mayores capacidades y habilidades sociales, así como un mayor nivel educativo formal.
2. Frente a los casos que han sido materia de denuncias y ejercicio de derechos, por parte de los delegados comunitarios, en un primer momento, la conducta dominante ha sido la movilización de los afectados y el desarrollo de actividades de sensibilización. En el ejercicio del rol de delegado comunitario, además se han implementado acciones de mayor aliento como la generación de ordenanzas regionales y el involucramiento de otros actores públicos como las DIRESA y la Defensoría del Pueblo.
3. Para el abordaje de los casos problema, las alternativas más elegidas han sido: Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema; reclamo grupal como ejercicio de derechos, la articulación con otras organizaciones y redes sociales; movilización y manifestación pública.
4. Respecto a las iniciativas sociales y gestión de proyectos, anteriormente los emprendimientos eran más sanitarios y puntuales para una población o localidad. En el ejercicio como delegados comunitarios, las intervenciones han variado hacia asuntos más complejos: Prevención del maltrato, promoción de derechos, prevención en niños y adolescentes seropositivos, acceso a tratamientos y formulación de planes operativos.
5. En cuanto a la participación en espacios normativos de consulta, decisión y control regional, una relativa mayoría ha tenido una intervención de mediana importancia y muestran un conocimiento de la mayoría de instrumentos de políticas regionales sobre VIH/SIDA (PERM, POAS, ordenanzas regionales y municipales, COREMUSA, etc.)

Teniendo como referente el Objetivo Específico 2: Identificar los activos claves de capital humano, capital social y de participación social que se han movilizado para lograr cierto tipo de empoderamiento individual y/o grupal de los delegados comunitarios y sus organizaciones, se enuncian las siguientes conclusiones:

1. Las condiciones y los requerimientos exigidos para cada uno de los delegados comunitarios, según los Objetivos, demandaban una importante cantidad de activos de capital humano cognitivo en términos de experiencia y habilidades básicas y sociales, sin embargo, la mayoría de los delegados comunitarios han avanzado hacia el nivel de educación superior o lograda su profesionalización. La casi totalidad expresan expectativas sobre postgrados universitarios.
2. En todos los casos, incluido los que no se decidieron por la profesionalización en este periodo, emprendieron procesos de capacitación para el trabajo, específicamente para el desempeño eficiente de su rol de delegado comunitario, alcanzando en este aspecto niveles satisfactorios. La oferta de capacitación contenida y desarrollada por los Objetivos de la VI Ronda ha sido una apropiada oportunidad de desarrollo de capacidades para el ejercicio de sus funciones y tareas. Diversos actores sociales e institucionales locales y regionales sostienen que una de las causas o razones para confiar en el delegado comunitario es el haber realizado estudios profesionales. Estas afirmaciones corroboran el valor de la educación formal superior en la escala de valores de la movilidad, el ascenso y el estatus social.
3. Ha sido determinante en el crecimiento y desarrollo del delegado comunitario, el contar con un adecuado nivel en la seguridad de medios de vida, aportados por el disfrute de los derechos y beneficios económicos y extra económicos como trabajadores de CARE Perú. Mención especial merece el significado para la totalidad de los delegados comunitarios el sentirse orgánica y funcionalmente como miembros de CARE Perú
4. La articulación de la mayoría de los delegados comunitarios con las entidades y organizaciones funcionales y territoriales de su localidad inmediata es escasa e inexistente en 3 de ellos. Es menester indagar si existe una relación entre su escasa participación con la auto discriminación y el clima local de discriminación por su condición de personas afectadas o vulnerables.
5. Los delegados comunitarios han ampliado sus lazos de confianza interpersonal hacia un conjunto importante de actores institucionales y sociales vinculados a la respuesta al VIH en los espacios provinciales y regionales quienes reconocen en los delegados comunitarios capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones, seguido de haber sido postulado por una organización de PVVS/PV y presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo.
6. Los delegados comunitarios han crecido en sus redes egocentradas en una proporción casi triplicada con respecto a su situación precedente desarrollando un capital social de unión o lazos encontrando en ellas como principales beneficios los contactos con otras organizaciones e instituciones, el desarrollo de habilidades sociales, la elaboración de proyectos y reconocimiento de derechos ciudadanos y fortalecimiento de la autoestima y de la participación social.
7. Es destacable el crecimiento del capital tipo puente de los delegados comunitarios al haber ampliado sustantivamente su participación en redes provinciales y regionales de personas afectadas o vulnerables al VIH encontrado como mayores beneficios: La defensa de los derechos ciudadanos; las posibilidades de participación en otras redes e instancias públicas y privadas; el desarrollo de

habilidades sociales; el trabajo en equipo, el acceso a información sobre servicios de salud; la identificación de proyectos y los contactos con otras organizaciones e instituciones.

8. El capital social escalera por excelencia de los delegados comunitarios ha sido la COREMUSA y, en algunos casos, Foro Salud o la MLCP⁶⁹. Los mayores beneficios percibidos, en esta instancia, son los contactos con otras organizaciones/instituciones públicas regionales y nacionales, el acceso a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil regional, las oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales para la, acción colectiva, participación ciudadana, la planificación estratégica, la concertación social, la gestión de conflictos, etc.
9. Los delegados comunitarios que pertenecen a las poblaciones trans y las PVVS, así como sus organizaciones de pertenencia muestran un proceso de empoderamiento más complejo y difícil por ser dos grupos más estigmatizados, discriminados e inclusive víctimas de homofobia como el caso de los grupos trans. Haber acumulado un importante capital humano y capital social individual y grupal ha sido determinante en la habilitación social de estas poblaciones.
10. El carácter remunerado del rol de delegado comunitario no ha determinado ningún comportamiento subordinado o incondicional ante el RP o el SR que afecte su estatus y el ejercicio de sus funciones programáticas y comunitarias. Se ha logrado preservar su identidad y pertenencia organizacional, así como su misión de visibilizar e incorporar la perspectiva de las comunidades de personas afectadas y vulnerables al VIH en la gestión de los Objetivos de la VI Ronda de los programas del Fondo Mundial.
11. Las OPVVS y OPV que han sido receptores de asistencia técnica y acompañamiento por parte de los delegados comunitarios han incrementado sus activos, particularmente un mayor número de asociados, una mayor pertenencia a redes sociales tipo puente y tipo escalera, logrando en primer lugar un empoderamiento social y seguidamente un empoderamiento político. Sin embargo, no se ha podido establecer una relación de causa – efecto o de otra naturaleza por limitaciones en la información obtenida.

Con relación al Objetivo Específico 3: “Identificar las decisiones de gerencia en el entorno que posibilitaron el empoderamiento individual y/o grupal de los delegados comunitarios de la VI Ronda y sus respectivas organizaciones”, se reseñan las siguientes conclusiones:

1. El establecimiento de la figura del delegado comunitario en reemplazo del Asesor Comunitario estuvo precedida de otra decisión estratégica mayor: El cambio hacia una gestión descentralizada de los Objetivos de la VI Ronda, que implicó el gerenciamiento apropiado del entorno previo y durante el periodo 2007 – 2012 al poner en valor los avances de la política nacional de descentralización política administrativa del país, la vigencia del PEM 2007 – 2011 y del emergente rol de

⁶⁹ Mesa de Lucha Contra la Pobreza en ámbitos regionales.

los espacios regionales y macrorregionales en la gobernabilidad del país y de la respuesta sanitaria. En otro nivel, implicó, la administración de la mayoría de los Objetivos en espacios macrorregionales (Norte, Oriente y Centro Sur), para los Objetivos de la VI Ronda a excepción del cuarto Objetivo que mantuvo el modelo centralizado y a cargo de un solo Subreceptor. Ello conllevó la participación de (10) delegados comunitarios. Tres (3) en la macrorregión norte, tres (3) en la macrorregión Oriente, tres (3) en la macrorregión centro sur y uno (1) de alcance nacional.

2. La decisión, implicó no solamente la planificación y ejecución de los Objetivos en espacios macrorregionales y regionales, sino el desarrollo de nuevas formas y contenidos en el conjunto de procesos y sistemas de gestión; en el relacionamiento entre los diversos actores involucrados: RP - CONAMUSA-contrapartes técnicas y sociales nacionales, agente local del Fondo (ALF); RP-SR-Gobiernos regionales, COREMUSAS, contraparte técnicas y sociales regionales y locales, así mismo, conllevó a disponer de las capacidades para dar respuestas a los problemas y desafíos derivados de una gestión basada en una mayor proximidad física, social y programática con los actores y niveles locales, zonales y regionales. Ello fue su mayor fortaleza para asegurar la sostenibilidad de los productos de los Objetivos en los niveles alcanzados.
3. Son relevantes las decisiones adoptadas por la CONAMUSA y particularmente CARE Perú como Receptor Principal, que facultaron mandatoriamente el rol del delegado comunitario en sus dimensiones técnicas, sociales y administrativas. Estas decisiones materializaban políticas sociales sobre el VIH/SIDA en el Perú, la consolidación del Principio MIPA y políticas institucionales de CARE Perú.

En esta línea de gerencia destacan las siguientes decisiones del Receptor Principal:

- Proceso de selección del delegado comunitario incluido una evaluación psicológica laboral complementaria
- Otorgamiento de condiciones y beneficios laborales equitativos a los percibidos por los trabajadores de CARE Perú.
- Inducción sobre su rol como delegado comunitario y desarrollo de capacidades
- Adscripción e inducción de los DC.
- Participación en el equipo de gestión del Subreceptor.
- Participación específica en procesos relacionados con las poblaciones y comunidades de PVVS y/o PV.
- Monitoreo y evaluación periódica del desempeño del SR y del propio delegado comunitario.
- Apoyo técnico y material del SR para las actividades de soporte a las organizaciones de procedencia.
- Creación del Comité Asesor Comunitario como parte de la estructura de la UGPFM CARE Perú.
- Apoyo para la rendición de cuentas ante la organización que representa el delegado comunitario y otras de sus ámbitos de intervención.

4. Se han identificado durante la experiencia de los delegados comunitarios un conjunto de direcciones de trabajo avanzadas y de herramientas de Gerencia Social de asumidas y/o utilizadas deliberadamente o que han emergido en la dinámica de procesos y actores que conforman la experiencia: Dirección para el análisis sistemático del medio ambiente, dirección para desarrollar modelos participativos; dirección para diseño de redes y meta redes, dirección para el control social, dirección para potenciar la descentralización y dirección para gestión comunitaria de conflictos.



LECCIONES APRENDIDAS

1. Es determinante que los representantes de las comunidades de poblaciones afectadas y vulnerables que participen orgánicamente en la gestión de los Objetivos, aun siendo contratados por el receptor principal o los sub receptores, preserven su autonomía social necesaria para responder ante sus organizaciones de origen y a las organizaciones a las que prestan asistencia técnica y acompañamiento y que, bajo ese criterio, participen activamente en instancias de consulta y decisión sobre asuntos de salud pública; desarrollen intervenciones de capacitación, vocería, activismo, incidencia, etc. Esta es una forma eficaz de preservar las condiciones para que estos actores y agentes puedan incorporar realmente las perspectivas de sus comunidades en el quehacer de los programas y proyectos para la respuesta al VIH SIDA.
2. El facultamiento técnico, social y político del delegado comunitario para ser efectivo, debe ser expreso, formal y derivada de autoridad competente, de modo que asegure la legitimidad prescriptiva y social al interior del Receptor Principal, Sub receptores, contrapartes técnicas y sociales de los ámbitos locales, regionales y nacionales. El otorgamiento de estos activos constituye una fuente de empoderamiento de primer orden.
3. En las regiones donde la respuesta al VIH/SIDA tiene una importante prioridad sanitaria y están en vigencia importantes instrumentos de política sanitaria como el PERM y ordenanzas regionales y/o municipales para el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva sin la presencia de sus padres o anti estigma y discriminación, están dadas condiciones muy favorables para el empoderamiento social y político de los delegados comunitarios, así como de las propias personas afectadas o vulnerables al VIH.
4. Un marco laboral propicio con el apoyo institucional apropiado, ha contribuido para que la mayoría de delegados comunitarios hayan adoptado la decisión personal de lograr calificaciones profesionales, transitando hacia los estudios universitarios, lograr bachilleratos e incluso, licenciaturas y anidando nuevas expectativas formativas ligadas a su experiencia como delegado comunitario.
5. El contar con un marco de desempeño de los diversos actores, como los delegados comunitarios, así como disponer de oportunidades programadas para el desarrollo de capacidades adecuadas a las necesidades de los programas, proyectos y de las propias comunidades de personas afectadas o vulnerables, son factores motivadores muy potentes que alientan a los actores y agentes comunitarios para mejorar sus competencias. Se ha evidenciado su alto interés e importancia el desarrollo de capacidades para un mejor desempeño técnico y comunitario, particularmente habilidades sociales (comunicación, negociación, incidencia política, etc.) y habilidades técnicas para la gestión de proyectos.

6. Es fundamental que decisiones estratégicas con un enfoque de Gerencia Social precedan la implementación de estrategias como la de los delegados comunitarios u otras similares. Destaca en primer lugar la decisión política de aplicar las mejores intervenciones y prácticas orientadas a aumentar el capital social individual y grupal de las poblaciones afectadas y vulnerables como un recurso de la mayor jerarquía para lograr su mayor empoderamiento.
7. Es determinante, salvaguardar esta decisión implementando las medidas administrativas, técnicas y políticas que contribuyan a combinar un conjunto de resultados: Afrontar asertivamente el auto y hetero estigma y discriminación; generar seguridad material y emocional dentro del marco de la institución contratante; respaldo técnico y político ante contrapartes técnicas y sociales y la promoción de la rendición de cuentas ante sus pares, entre otras.
8. Desde la perspectiva de la gerencia social en la respuesta al VIH SIDA, conforme a su estado actual en la realidad nacional y regional y a partir de los hallazgos reseñados, se plantean los siguientes lineamientos de política:
 - a. Previa a la etapa de implementación se debe hacer un diagnóstico del capital social de las personas afectadas y poblaciones vulnerables indagando por las fuentes del capital social, las expresiones del crecimiento del capital y del empoderamiento, así como los beneficios y perjuicios de su existencia y estado actual.
 - b. Promover y apoyar un entorno político y jurídico favorable a la inclusión social, participación comunitaria y social, defensa de derechos y políticas anti estigma y discriminación de las poblaciones vulnerables, particularmente las LGTB y TS.
 - c. Instrumentar adecuadamente las políticas sociales sanitarias que fomenten expresamente los activos de capital social para efectos de empoderamiento identificando, la implantación de estrategias implicativas y metodologías participativas, así como la aplicación de un marco de desempeño específico.
 - d. Propiciar el crecimiento del capital humano cognitivo de las personas afectadas o que viven en condiciones de vulnerabilidad, preferentemente mediante la profesionalización y/o desarrollo de competencias específicas habilitadoras.
 - e. Promover y apoyar el desarrollo de la asociatividad de las PVVS y/o PV, mediante la creación, fortalecimiento de organizaciones y promoción de su pertenencia activa.(capital social de unión)
 - f. Promover y apoyar con particular énfasis las redes de capital social puente y de escalera que posibilitan la participación individual y comunitaria en instancias de decisión significativas y, por lo tanto, la habilitación social y empoderamiento social.
 - g. Institucionalizar el control social de las organizaciones respecto a sus dirigentes o sus agentes intermediarios, asegurando su representatividad y legitimidad, así como creando espacios de rendición de cuentas y de consulta, etc.

- h. Creación de acceso a y control sobre recursos y activos (materiales, financieros y de información “de dominio público”) para posibilitar el efectivo aprovechamiento de espacios, derechos, organización y capacidades, en concierto con otros actores.
- i. Apropiación por parte de los delegados comunitarios y otros agentes comunitarios de capacidades e instrumentos para el agenciamiento social, la construcción de redes (networking), análisis y resolución de conflictos y construcción de ciudadanía, entre otros.

Lima, abril 2014

Virginia Baffigo de Pinillos
Carlos Centurión y Agüero



ANEXOS:

1: cronograma del trabajo de campo

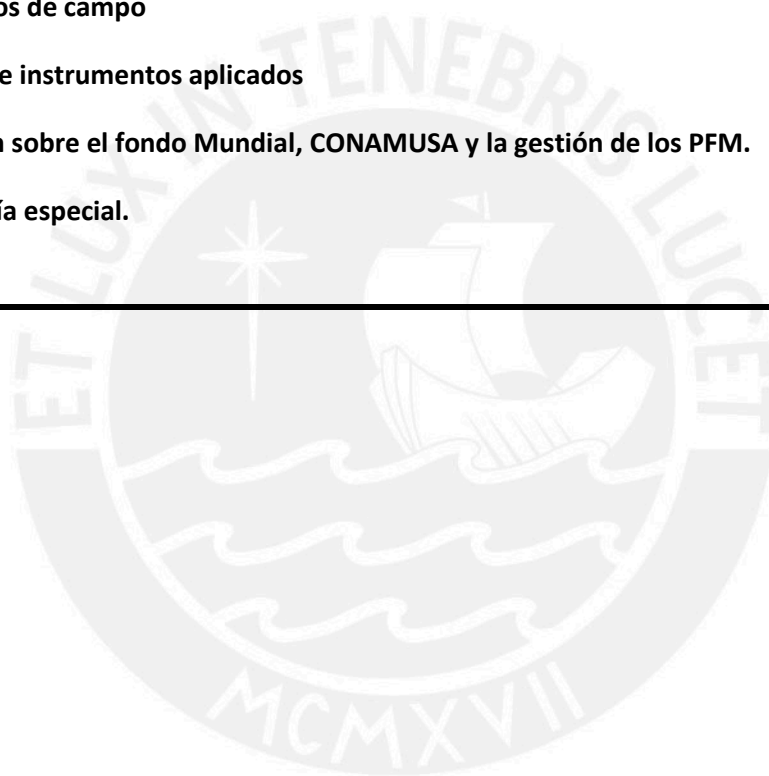
2: cuadro resúmenes de entrevistas

3. Instrumentos de campo

7. Ejemplos de instrumentos aplicados

5. Información sobre el fondo Mundial, CONAMUSA y la gestión de los PFM.

6. Terminología especial.



Anexo 1:**Cronograma del trabajo de campo**

La ejecución del trabajo de campo para las entrevistas y grupos focales con informantes claves se describe a continuación:

Macrorregión Norte

Lunes 03 de setiembre 2012. Piura

- Viaje a Piura
- A las 10.00 de la mañana, entrevista con Tonika. Duración 1 hora
- A las 2.30, entrevista con alguna de las organizaciones de Poblaciones Vulnerables o PVVS a las cuales haya dado el Delegado Comunitario asistencia técnica y/o acompañamiento. Duración 1 hora.
- En la tarde se realizó el Grupo Focal con la participación del la responsable de la ESR de ITS VIH DIRESA Piura, un representante de la COREMUSA de preferencia de la sociedad civil, un representante de la Mesa de Concertación LGTB y un representante del CERITS. Duración 1.30 horas.

Miércoles 05 de setiembre 2012 – Lambayeque

- De 2.30 a 4.30 pm entrevista con Leticia en la Oficina del Objetivo 3.
- De 5.00 a 6.00 pm Entrevista a la organización que el DC presta asistencia técnica y/o acompañamiento. Duración 1 hora.

Jueves 06 de setiembre 2012 – Lambayeque

- 9.00 am Entrevista a la organización que postuló a Leticia como DC - Ferreñafe
- 4.00 pm Entrevista a Coordinador Técnico Objetivo 1
- 5.30 pm Entrevista a Coordinador Técnico Objetivo 2
- 7.00 pm Entrevista a Coordinadora Técnica Objetivo 3.

Viernes 07 de setiembre 2012 – Lambayeque

- 9.00 a 10,30 am. Grupo Focal con participación de Responsable de ESR ITS VIH, Responsable de la ESR SSR, representante de COREMUSA y representante de red regional de LGTB. Duración 1.30 hora.
- 11.00 am a 1.00 pm. Entrevistas complementarias.
- Tarde Viaje a Lima.

Sábado 08 de setiembre 2012 – La Libertad

- 9.00 a 11.00 am. Entrevista con representante de ARPOL, organización que postulo a Carlos.
- 11.00 am 1.30 pm. Entrevista con representante de la ESR ITS VIH GERESA La Libertad
- 2.30 a 3.30 pm. Entrevista con representante de la COREMUSA La Libertad
- 4.00 A 5.00 PM. Entrevista con representante de la Red LGTB La Libertad

Macrorregión Oriente

Lunes 10 de setiembre 2012.

- Viaje Lima a Iquitos
 - 11.00 de la mañana, entrevista con Alex en la Oficina del Objetivo 1. Duración 2 horas
 - 2.30, entrevista con alguna de las organizaciones de PV o PVVS a las cuales haya dado asistencia técnica y/o acompañamiento. Lugar oficina del Objetivo 1.
- Nota: La entrevista a la organización que postuló a Alex como Delegado Comunitario, se hizo en Tarapoto
- 4.00 se realizó el Grupo Focal con la participación del Coordinador del Objetivo 1 de la MRO, la responsable de la ESR de ITS VIH Loreto, un representante de la COREMUSA y un representante de la Mesa de Concertación LGTB. Duración 1.30 horas. Lugar oficina del Objetivo 1
 - 6.00 pm entrevista con el Coordinador del Objetivo 1, en su oficina.
 - 7.30 pm, la entrevista con el Coordinador del Objetivo 2, en su oficina.

Martes 11 de setiembre 2012 – Pucallpa

- De 8.00 a 9.30 a.m, entrevistas complementarias
- A las 10.20 viaje de Iquitos a Pucallpa – arribo 11.20 am.
- 12.00 m Entrevista con Oscar, en lugar público. Duración 2 horas.
- 2 pm Entrevista a la organización que postuló a Oscar como DC. 1 hora.
- 3pm Entrevista a la organización que el DC prestó asistencia técnica y/o acompañamiento. Duración 1 hora.
- 5 pm Grupo Focal con participación de Responsable de ESR ITS VIH, representante de COREMUSA y representante de red regional de LGTB. Duración 1.30 hora
- 6.00 pm Entrevistas complementarias.
- 7.00 pm Viaje a Tarapoto.

Martes 11 de setiembre 2012 – Tarapoto

- 9 am Entrevista a Jesús en las oficinas del Objetivo 3. Duración 2 horas
- 11.30 am Entrevista a la organización que postulo a Jesús como DC. Duración 1 hora.
- 2.30 pm Entrevista a la organización que el DC prestó asistencia y/o acompañamiento como Delegado Comunitario. 1 hora.
- 4 pm Entrevista a Coordinadora del Objetivo 3.

Miércoles 12 de setiembre 2012 – Tarapoto

- 9 am Grupo focal con la participación del Coordinador del Objetivo 3 de la MRO, la responsable de la ESR de ITS VIH / SSR San Martín, un representante de la COREMUSA y un representante de la Mesa de Concertación LGTB. Duración 1.30 horas. Lugar oficina del Objetivo 3.
- 11.00 am Entrevista a la organización que postuló a Alex como DC. Duración 1 hora.

Retorno a Lima.

Macrorregión Centro Sur

Del 25 de setiembre al 10 de octubre 2012 se ha entrevistado a los siguientes informantes claves:

- 4 Delegados Comunitarios de los SR a cargo de los Objetivos 1, 2,3 y 4 de la MRCS
- 4 Coordinadores técnicos de los SR a cargo de los Objetivos 1, 2,3 y 4 de la MRCS.

Del 26 de octubre al 12 de noviembre 2012 se ha entrevistado a los siguientes informantes claves:

- 4 Representantes de las organizaciones que postularon a los delegados comunitarios
- 4 representantes de las organizaciones a las que han prestado asistencia y acompañamiento continuo los delegados comunitarios.

Un grupo focal sobre el desempeño, crecimiento y desarrollo de los 4 delegados sociales con las contrapartes técnicas y sociales de la región Lima y Callao no se pudieron realizar. La explicación central fue la no disponibilidad de tiempo.

Anexo 2

Cuadros resúmenes de entrevistas

1. Datos generales de los Delegados comunitarios
2. Desempeño de delegados comunitarios al término de la VI ronda: Auto percepción y de los Coordinadores Técnicos
3. Percepción del desempeño del DC por parte de la organización a la que presta asistencia técnica.
4. Vivencia del estigma y discriminación por los delegados comunitarios
5. Iniciativas y proyectos promovidos antes y durante su condición de delegado comunitario
6. Estrategias de abordaje de casos propuestos por los delegados comunitarios
7. Cambios en la educación formal de los delegados comunitarios
8. Desarrollo de capacidades de los delegados comunitarios
9. Receptores de la mayor confianza y aceptación de los DC
10. La confianza y aceptación de las organizaciones de PV / PVVS hacia los delegados comunitarios.
11. Pertenencia a organizaciones y redes de organizaciones e instituciones de los DC
12. Beneficios de pertenecer a una organización y a redes sociales para la respuesta al VIH Sida
13. Beneficios de pertenecer a otras redes sociales e interinstitucionales con propósitos mayores a la respuesta al VIH
14. Conocimientos del delegado comunitario sobre instrumentos de políticas públicas sanitarias de VIH Sida.
15. Participación social durante el periodo que se desempeñó como delegado comunitario en instancias significativas para la respuesta al VIH
16. Intervención de los delegados comunitarios en los mecanismos de participación que establecen las normas nacionales y regionales.
17. Datos básicos y crecimiento de afiliados de organizaciones de PVVS y de PV a las que el DC ha asistido.
18. Reclamos y denuncias de las OPV/OPVVS asistidas por el DC, en los últimos años.
19. Matriz de problemas identificados y formas de abordaje por representantes de OPV u OPV asistidas por el DC.
20. Participación de las OPV/OPVVS asistidas por el DC, en las decisiones y procesos estratégicos de la respuesta regional VIH en la región.
21. Participación de las OPV/OPVVS asistidas por el DC, en instancias y mecanismos de consulta y gestión del desarrollo regional y local.

Cuadro 1

Información general sobre los delegados comunitarios: Sexo, edad, estado civil, grado de instrucción formal.

Delegado Comunitario	Orientación sexual /ocupación	Edad actual	Estado civil	Grado de instrucción formal antes de ser DC	Grado de instrucción formal a la fecha	Planes educativos futuros
Tonika	Travesti	40	soltera	Técnica no concluida	Técnica no concluida	Culminar estudios y estudiar Derecho
Leticia	PVVS	49	soltera	Técnica enfermería	Técnica de enfermería	Estudiar psicología
Carlos	Gay	38	soltero	4ª ciclo Ing. Industrial	4ª ciclo Ing. Industrial	No aplica
Cristhian	Gay	36	soltero	Bachiller en Ciencias de la Comunicación	Lic. En Ciencias de la Comunicación En curso. Diploma de Derechos Humanos	Obtener una Maestría
Francisco	Gay	47	soltero	Egresado de Psicología	Bachiller en Psicología. En trámite Licenciatura	Realizar especialización en Psicología Comunitaria
Elizabeth	PVVS	38	conviviente	Técnica en computación	Estudiante universitaria	Culminar Administración y Marketing Estratégico. Aprender inglés
Alex	Gay	32	soltero	Estudiante del 3er ciclo de Ing. Industrial	Bachiller en Derecho y Ciencias Políticas	Estudios de Post Grado
Oscar	Gay	33	soltero	5to secundaria	Estudiante 2do ciclo de Administración de empresas (2009-2011)	Estudiar psicología
Jesús	PVVS	31	casado	Técnico en computación e informática	Estudiante 6to ciclo Administración	Culminar Administración
Ángela	T. S	47	soltera	5to secundaria	5to secundaria	NR

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 2

Desempeño de delegados comunitarios al término de la VI ronda: Auto percepción y de los Coordinadores Técnicos

N°	Delegado Comunitario	Desempeño de funciones y tareas					
		Auto percepción			Apreciación de los Coordinadores Técnicos		
		Totalmente	En mediana medida	En baja medida	Totalmente	En mediana medida	En baja medida
1	Tonika	10	-	-	4	6	1
2	Leticia	8	2	-	7	3	1
3	Cristhian	10	-	-	6	3	2
4	Francisco	10	-	-	9	2	-
5	Elizabeth	10	-	-	9	2	-
6	Alex	10	-	-	2	8	1
7	Oscar	8	2	-	-	10	1
8	Jesús	10	-	-	-	10	1
9	Angela	10	-	-	4	4	2

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 3

Percepción del desempeño del DC por parte de la organización a la que presta asistencia técnica.

Nombre del DC	Nombre de la Organización	Desempeño de funciones y tareas Alto (A), Medio (M), Bajo (B)										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tonika	Red Trans Brenda Alayo	A	A	A	A	A	A	A	A/M	A/M	A	A
Leticia	GAM Lazos de vida para ti	B	M	A	B	A	A	A	-	-	-	-
Crissthan	LGTB Ayacucho	s/i										
Francisco	PROMSEX	A	-	-	M	A	M	B	A	M	-	-
Elizabeth	ICW	s/i										
Alex	CHERL	A	M	M	A	A	A	A	A	M	B	A
Oscar	Red de OPVVS Pucallpa	s/i										
Jesús	Agrupación Trans femenina Las Amazónicas	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 4

Vivencia del estigma y discriminación por los delegados comunitarios

Delegado Comunitario	Expresiones de EyD vividos antes de ser DC	¿Cómo lo sintió? ¿Cómo reaccionó?	Expresiones de EyD vividos durante su condición de DC	Factores explicativos de la nueva respuesta ante el EyD (en orden de importancia)
Tonika (1992)	Prohibición de ingreso a lugares públicos.	Muy mal. Autoestima muy baja y sin dignidad. Reacción de ira e impotencia. De alguna forma afrontaba los hechos.	Prohibición de ingreso a lugares públicos. Me han llamado por el nombre del DNI a pesar de la identidad femenino.	Conciencia de ser sujeto de derechos Desarrollo de capacidades y habilidades sociales. Sentir el respaldo de tu organización de origen. Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente. Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las que cuales estas vinculado/a actualmente.
Leticia (2009)	Al ingresar por emergencia con el diagnóstico de pre infarto fui discriminada por el personal de salud (no querían tocarme para tomar mis signos vitales).	Me sentía mal, tenía rabia e impotencia, por falta de capacidades para hacer respetar mis derechos.	Subestimar mis capacidades y habilidades para realizar labor de educación y orientación por ser PVVS.	Sentir el respaldo de la familia. Nivel de educación alcanzado Conciencia de ser sujeto de derechos. Disponer de un ingreso y un empleo (seguridad económica básica) Sentir el respaldo técnico y administrativo del SR
Cristhina (1994)	Agresión física y amenaza de muerte por dos personas. En conciliación en Juzgado de Paz letrado.	Indignación inicial con respuesta de denuncia.	No han habido	No Responde.
Francisco (2003)	Maltrato por la Clínica Odontológica de la UPSMP. Se reservaron el derecho de atención.	Impotencia y frustración por el maltrato recibido en mi condición de persona con VIH.	Para intervención quirúrgica del corazón en EsSalud tuve que hacer una denuncia ante la Defensoría del Pueblo	Conciencia de ser sujeto de derechos Nivel de educación alcanzado Desarrollo de capacidades y habilidades sociales Sentir el respaldo de tu organización de origen. Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente.
Elizabeth (2000)	No me atendieron en consultorio de EsSalud	Indignación. Envío de carta de queja a EsSalud	Negaron atención en consultorio de odontología.	Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente. Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las que cuales estas vinculado/a actualmente. Sentir el respaldo de las redes locales. Sentir el respaldo del RP y el SR. Desarrollo de capacidades y habilidades sociales.
Alex (1997)	Expulsión del colegio por orientación sexual.	Impotencia y llanto.	Los insultos de los docentes de la Universidad apoyando la violencia hacia la Comunidad LGTB	Nivel de educación alcanzado. Conciencia de ser sujeto de Derechos Sentir el respaldo de la familia. Sentir el respaldo de las organizaciones con la cuales trabaja actualmente. Desarrollo de capacidades y habilidades sociales.
Oscar (2005)	Expulsión del Instituto Ricardo Palma de Pucallpa después de descubrir su condición de Persona con VIH.	Muy mal. Con cólera y respondía muy agresivamente.	Ninguna	Conciencia de ser sujeto de Derechos Desarrollo de capacidades y habilidades sociales. Sentir el respaldo del RP. Sentir el respaldo de la familia. Disponer de un ingreso y un empleo.

Jesús (2006)	Personal de salud mencionó mi diagnóstico a sus familiares mientras brindaba soporte técnico a sus computadoras.	Me ponía triste y solo el primer evento me hizo llorar	No me dan la mano para saludarme por tratarme como persona enferma	Desarrollo de capacidades y habilidades sociales. Disponer de un ingreso y un empleo. Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente. Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las cuales está vinculado actualmente. Conciencia de ser sujeto de derechos.
Angela (2002)	En la comisaria no recibieron mi denuncia por agresión física por parte de un alférez de la policía.	Me sentí mal, pero me hice fuerte porque las circunstancias me obligaron a resolver los problemas y a rescatar mis derechos y dignidad.	Exclusión de los proyectos por parte de la comunidad gay y exclusión de eventos políticos, espacios de toma de decisiones y capacitaciones.	Conciencia de ser sujetos de derechos. Nivel de educación alcanzado. Desarrollo de capacidades y habilidades sociales. Sentir el respaldo de tu organización de origen. Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las cuales estas vinculada actualmente.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios



Cuadro 5

Iniciativas y proyectos promovidos antes y durante su condición de delegado comunitario

Delegado Comunitario	Nº iniciativas y/o proyectos	Características		Resultados	
	Antes/durante	Antes	Durante	Antes	Durante
Tonika	1/2	<p>Urgencia de afrontar las limitaciones del laboratorio local para atender tamizaje de VIH.</p> <p>Rol DC: Promotor y liderazgo</p>	<p>Promoción de la igualdad de derechos de las PVVS y PV involucrando a COREMUSA, GR, OPVVS, OPV.</p> <p>Abordaje de la violencia policial a LGTB TS con participación de ONG, serenazgo, municipio y OPV.</p> <p>Rol DC: Promoción y sustentación y negociación</p>	<p>Laboratorio Referencial asume tamizaje con mejores equipos, insumos y profesionales, así como calidad en la atención.</p>	<p>Consejo regional tiene pendiente aprobación</p> <p>Municipio apoya a centro comunitario de PV</p>
Leticia	-	-	-	-	-
Christian	-	-	-	-	-
Francisco	2/4	<p>Elaboración de material de IEC</p> <p>Prevención de ITS y VIH en Chincha e Ica.</p> <p>Rol del DC: Facilitador</p>	<p>Taller de abogacía.</p> <p>Festival de la Diversidad Sexual e identidad de género.</p> <p>Video casero de sensibilización.</p> <p>Campaña Comunitaria.</p> <p>Involucramiento de UNICEF, municipios.</p> <p>Rol del DC: Facilitador</p> <p>Conducción de intervenciones.</p>	<p>Trabajo con jóvenes afro descendientes.</p> <p>Formación de promotores educadores de pares adolescentes.</p>	<p>Estrategia de sensibilización validada</p> <p>Sensibilización sobre D's de LGTBI TS</p>
Elizabeth	1/1	<p>Estrategia de pares para PVVS del hospital Loayza, Herrera e ISN.</p> <p>Rol del DC: Promotora de Pares</p>	<p>Prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes y reconocimiento biológico de su cuerpo y uso del preservativo como medio de protección.</p> <p>Rol del DC: Acompañamiento</p>	<p>Sirvió de base para proyecto piloto en DISA Lima</p>	<p>Mujeres con información adecuada sobre riesgos.</p>

			Facilitación		
Alex	-/3	-	2 proyectos de promoción de DDHH. Proyecto prevención VIH con recursos de IVOS y AMFAR. Rol del DC: Formulación y negociación de los proyectos.	-	Proyectos aprobados y ejecutados
Oscar	1/-	Prevención de VIH en PPL con participación de la Cruz Roja y el INPE. Rol del DC: Facilitador	-	Acciones preventivas promocionales en cárceles.	-
Jesús	1/1	Promoción de un equipo multidisciplinario de VIH en Tarapoto. Rol del DC: Promotor y liderazgo	Promoción del acceso al tratamiento de PVVS Consejería a PVVS. Rol del DC: Promotpr y seguimiento	Conformación de equipo interdisciplinario en hospital.	No fueron aprobados
Angela	2/1	Proyecto Mamacash. Proyecto Hacia un proceso de empoderamiento de los DDHH de las TS en el Perú. Rol de la DC: Coordinación Subcoordinación y facilitadora	Empoderamiento y elaboración del POA. Rol de la DC: Asistencia técnica	Expansión y fortalecimiento de las organizaciones en los niveles regionales y nacionales.	Organizaciones de mujeres TS Trans con sus planes de trabajo anuales.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 6

Estrategias de abordaje de casos propuestos por los delegados comunitarios

Delegado Comunitario	Problema seleccionado	Alternativas de abordaje elegidas
Tonika	Escasez de condones masculinos	Reclamo grupal como ejercicio de derechos. Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema. Articulación con otras organizaciones y redes sociales. Movilización y manifestación pública.
Francisco	Escasez de insumos para el control de ITS/VIH	Enviar una comunicación apostando por la solución al problema. Reclamo grupal como ejercicio de derechos. Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema. Articulación con otras organizaciones y redes sociales. Movilización y manifestación pública.
Leticia	Falta de medicamentos para TARGA	Enviar una comunicación apostando por la solución al problema. Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema. Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
Cristhian	Falta de medicamentos para TARGA	Incidencia con Directivos y funcionarios responsables del problema. Judicialización
Elizabeth	Falta de medicamentos para TARGA	Reclamo grupal como ejercicio de derechos. Articulación con otras organizaciones y redes. Movilización y manifestación pública.
Jesús	Falta de medicamentos para TARGA	Enviar una comunicación apostando por la solución al problema. Reclamos para los casos individuales. Reclamo grupal como ejercicio de derechos. Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema.
Angela	Falta de medicamentos para TARGA	Incidencia con directivos y funcionarios con responsables del problema. Articulación con otras organizaciones y redes sociales. Movilización y manifestación pública.
Alex	Deficiente programación y/o ejecución del PPR VIH 2012	Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.
Oscar	Limitada disponibilidad de Pruebas Rápidas para la Prevención de la transmisión vertical	Reclamo grupal como ejercicio de derechos. Articulación con otras organizaciones y redes. Movilización y manifestación pública.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 7

Cambios en la educación formal de los delegados comunitarios

Delegado Comunitario	Grado de instrucción formal antes de ser DC	Grado de instrucción formal a la fecha	Planes educativos futuros
Tonika	Técnica no concluida	Técnica no concluida	Culminar estudios y estudiar Derecho
Leticia	Técnica de Enfermería	Técnica de Enfermería	Estudiar psicología
Cristhian	Bachiller en Ciencias de la Comunicación	Lic. En Ciencias de la Comunicación En curso. Diploma de Derechos Humanos	Maestría
Francisco	Egresado de Psicología	Bachiller en Psicología. En trámite Licenciatura	Realizar especialización en Psicología Comunitaria
Elizabeth	Técnica en computación	Estudiante universitaria	Culminar Administración y Marketing Estratégico. Aprender inglés
Alex	Estudiante del 3er ciclo de Ing Industrial	Bachiller en Derecho y Ciencias Políticas	Estudios de Post Grado
Oscar	5to secundaria	Estudiante 2do ciclo de Administración de empresas (2009-2011)	Estudiar psicología
Jesús	Técnico en computación e informática	Estudiante 6to ciclo Administración	Culminar Administración
Angela	NR	NR	NR

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 8

Desarrollo de capacidades de los delegados comunitarios

Delegado Comunitario	Antes de ser Delegado comunitario		Durante su condición de delegado comunitario		
	1° nivel de concentración temática	2° nivel de concentración temática	1° nivel de concentración temática	2° nivel de concentración temática	Rol predominante en procesos de capacitación
Tonika	Formación de PEPs	Prevención de ITS Derechos Humanos	Prevención de ITS VIH y sida	Participación comunitaria	Promotora y coordinadora de actividad
Leticia	Salud Integral en PVVS	Formación para PEPs	Prevención de la Transmisión vertical del VIH	PEP's cuidados maternos	Coordinador de actividad con la contraparte del MINSa y apoyo en el seguimiento del Plan de Capacitación
Cristhian	Derechos humanos	Gestión del conocimiento	Gestión del conocimiento	Aspectos Clínicos del VIH	Expositor facilitador Asistente
Francisco	Planes y proyectos	Prevención de ITS y VIH	Comunicación	Derechos Humanos y Estigma y Discriminación	Coord de actividades Expositor/facilitador Apoyo
Elizabeth	Autoestima, género y derechos humanos	Formación para consejeras de pares	Soporte socio emocional	Liderazgo y género para mujeres	Coordinador de actividades Expositor/facilitador
Alex	Aspectos clínicos sanitarios	Derechos Humanos	Derechos Humanos	Aspectos Clínicos del VIH	Coordinador de actividad y expositor/facilitador
Oscar	Abogacía	VIH	Abogacía	VIH	Coordinador de actividad. Expositor/facilitador Apoyo
Jesús	Prevención de las ITS VIH	Incidencia política	Prevención de Transmisión vertical del VIH	Abogacía	Coordinador de actividad y apoyo
Angela	Prevención de las ITS VIH	Formación para consejeras de pares	Derechos Humanos	Estigma y Discriminación	Apoyo Asistente

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 9

Receptores de la mayor confianza y aceptación de los DC

Entidad/personas	Delegado Comunitario
En el SR	
Coordinador Técnico	Tonika, Leticia, Elizabeth, Angela.
Sub Coordinador/a de MyE	Tonika, Christian, Francisco, Alex, Oscar y Jesús.
Administrador/a	Tonika, Elizabeth, Alex, Oscar, Jesús
Responsables de actividad	Tonika, Elizabeth, Alex y Jesús.
En la DIRESA	
Responsable de la ESR ITS VIH	Tonika, Leticia, Alex, Jesús, Angela
Responsable de la ESR SSR	Tonika, Leticia, Alex, Angela
Responsable de la EVA	Leticia, Alex, Oscar
En la DRE	
Especialista TOE	Oscar
Equipo regional	Oscar
En el Gobierno Regional	
Gerencia de Desarrollo Social	Tonika, Alex
En el Gobierno Local	
Gerencia de Salud	Oscar
En la COREMUSA	Tonika, Oscar,
En establecimiento de salud	
Responsable de Estrategia Sanitaria	Tonika, Leticia, Elizabeth, Alex, Angela
Responsable CERITS/UAMP/SAD	Tonika, Leticia, Alex
En la Institución educativa	
Docentes	Oscar
Tutores	Oscar
Fiscalía	Oscar
Juzgado	
Policía	
Serenazgo	Tonika
Iglesias	
Defensoría del pueblo	Tonika, Leticia, Elizabeth, Alex, Jesús y Oscar.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 10

La confianza y aceptación de las organizaciones de PV / PVVS hacia los delegados comunitarios.

Nombre del DC	Nombre de la Organización	Confianza en el DC para afrontar problemas organizacionales	Factores de confianza y aceptación (tres primeros)
Tonika	Red Trans Brenda Alayo	Si	1. Haber sido postulado por una organización de PVVS/PV 2. Percibirlo útil para el seguimiento de las tareas y metas de la organización. 3. Disponer de las capacidades técnicas apropiadas
Leticia	GAM Lazos de vida para ti	Si	1. Presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo. 2. Percibirlo útil para el cumplimiento de las tareas. 3. Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones.
Crissthan	LGTB Ayacucho	s/i	s/i
Francisco	PROMSEX	Si	1. Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones 2. Presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo. 3. Disponer de las capacidades técnicas apropiadas
Elizabeth	ICW	s/i	s/i
Alex	CHERL	Si	1. Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones. 2. Tener contactos y cierta influencia en autoridades y funcionarios locales y/o regionales. 3. Presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo.
Oscar	Red de OPVVS Pucallpa	s/i	s/i
Jesús	Agrupación Trans femenina Las Amazónicas	Si	1. Haber sido postulado por una organización de PVVS/PV 2. Percibirlo útil para el seguimiento de las tareas y metas de la organización. 3. Disponer de las capacidades técnicas apropiadas
Angela	Asociación de TS Mujeres del Sur	Si	1. Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o PV y sus organizaciones. 2. Disponer de las capacidades técnicas apropiadas. 3. Mostrar vinculaciones con redes sociales e interinstitucionales.

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Cuadro 11

Pertenencia a organizaciones y redes de organizaciones e instituciones de los DC

Delegado comunitario	Pertenencia a OSB/OSL	Antes de ser DC	Durante DC
Tonika	-	OPV (1) Redes de OPV(3)	OPV (2) Redes de OPV (4) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (2)
Leticia	-	OPV (1) Redes de OPV(3)	OPV (1) Redes de OPV (4) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (2)
Christian	1	OPV (1) Redes de OPV(1)	OPV (2) Redes de OPV (1) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (4)
Francisco	1	OPV (4) Redes de OPV (2)	OPV (1) Redes de OPV (2) redes interinstitucionales (2) Redes virtuales VIH (5)
Elizabeth	1	OPV (2) Redes de OPV(1)	OPV (2) Redes de OPV (1) redes interinstitucionales (2) Redes virtuales VIH (8)
Alex	-	OPV (1) Redes de OPV(4)	OPV (1) Redes de OPV (2) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (5)
Oscar	3	OPV (1) Redes de OPV(1)	OPV (1) Redes de OPV (2) redes interinstitucionales (2) Redes virtuales VIH (3)
Jesús	1	OPV (1) Redes de OPV(1) redes interinstitucionales (1)	OPV (1) Redes de OPV (5) redes interinstitucionales (1) Redes virtuales VIH (2)
Angela	1	OPV (1) Redes de OPV(1)	OPV (1) Redes de OPV (1) redes

			interinstitucionales (1)
			Redes virtuales VIH (10)

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios



Cuadro 12

Beneficios de pertenecer a una organización y a redes sociales para la respuesta al VIH Sida

Beneficios	Pertenencia a OPV/OPVVS	Pertenencia a Redes de OPV/OPVVS Durante su condición de DC
	N° de elecciones	N° de elecciones
1) Acceso a información sobre servicios de salud	4	4
2) Acceso a medicamentos y otros	1	1
3) Acceso a actividades económicas: micro empresas y créditos.	-	-
4) Desarrollo de habilidades sociales	5	4
5) Contactos con otras organizaciones e instituciones	8	3
6) Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social	5	2
7) Reconocimiento de derechos ciudadanos	5	5
8) Posibilidades de participación en otras redes e instancias	4	4
9) Elaboración de proyectos	5	3
10) Acceso a redes de apoyo social y emocional	1	-
11) Trabajo en equipo	2	4

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 13

Beneficios de pertenecer a otras redes sociales e interinstitucionales con propósitos mayores a la respuesta al VIH

Beneficios	N° de elecciones
1) Acceso a proyectos comunitarios.	1
2) Mayor sostenibilidad a actividades y proyectos	1
3) Fortalecer la identidad y pertenencia de las organizaciones	-
4) Fortalecer la representación funcional o territorial	-
5) Captación de mayores recursos y oportunidades	-
6) Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva y participación ciudadana	2
7) Desarrollo de habilidades sociales para la planificación estratégica, concertación, gestión de conflictos, etc.	2
8) Mayor articulación con la estructura de decisión político administrativa del distrito, provincia o región.	1
9) Contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales.	3
10) Acceder a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil	3
11) Acceder a espacios de propuesta e incidencia pública.	1

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 14

Conocimientos del delegado comunitario sobre instrumentos de políticas públicas sanitarias de VIH Sida.

Delegado Comunitario	Conocimiento de instrumentos de política pública			
	Conoce todos	Conoce la mayoría	Conoce pocos	No conoce
Tonika	-	X	-	-
Leticia	-	X	-	-
Cristhian	-	X	-	-
Francisco	-	X	-	-
Elizabeth		X	-	-
Alex	X		-	-
Oscar	-	X	-	-
Jesús	-	X	-	-
Angela	X	-	-	-

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 15

Participación social durante el periodo que se desempeñó como delegado comunitario en instancias significativas para la respuesta al VIH

Delegado Comunitario	Participación social en espacios especiales			
	Alta participación 7 a +	Mediana participación 4 a 6	Baja participación 1 a 3	Ninguna
Tonika	-	X	-	-
Leticia	-	-	X	-
Cristhian	-	X	-	-
Francisco	-	-	X	-
Elizabeth	-	-	X	-
Alex	-	-	X	-
Oscar	-	-	X	-
Jesús	-	-	X	-
Angela	X	-	-	-

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 16

Intervención de los delegados comunitarios en los mecanismos de participación que establecen las normas nacionales y regionales

elegado Comunitario	Espacios normativos de participación		
	Participación en la toma de decisiones	Participación en la información oficial	Fiscalización y control
Tonika	Plan concertado Regional de Salud Mesas de Concertación y diálogo	Audiencias públicas y requerimientos de información	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios y demanda de rendición de cuentas.
Leticia	No	No	No
Cristhian	No	Audiencias públicas y requerimientos de información	No
Francisco	Concejo de Coordinación Local. Mesas de Concertación y diálogo	Audiencias públicas	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios y demanda de rendición de cuentas.
Elizabeth	Mesa de concertación y diálogo	Audiencias públicas. Requerimiento de información a las autoridades	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios y demanda de rendición de cuentas.
Alex	Mesa de concertación y diálogo	Audiencias públicas.	Demanda de rendición de cuentas.
Oscar	NR	NR	NR
Jesús	Acciones a realizar por la ESR ITS/VIH y sida	No	No
Angela	No	Audiencias públicas. Requerimiento de información a las autoridades	Demanda de rendición de cuentas.

Fuente: Entrevista a delegados comunitarios

Cuadro 17

Datos básicos y crecimiento de afiliados de organizaciones de PVVS y de PV a las que el DC ha asistido.

Nombre de la Organización	Sede	Año de su constitución y (Nº) de miembros fundadores	Nº miembros actuales
Red Trans Brenda Alayo.	Piura	2010 (20)	35
CHERL Iquitos	Iquitos	2006 (60)	100
PROMSEX	Lima	2005 (5)	19
GAM Lazos de Vida para ti	Chiclayo	2010 (10)	20
Agrupación Trans femenina Las Amazónicas	Tarapoto	2009 (20)	30
Asociación de TS Mujeres del Sur	Arequipa	2004 (4)	53

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Cuadro 18

Reclamos y denuncias de las OPV/OPVVS asistidas por el DC, en los últimos años.

Nombre de la Organización	Asunto	Actores involucrados	Rol desempeñado por la organización	Resultados
Diversidad San Martinense	Discriminación laboral	DISAM, Defensoría MHOL	Seguimiento	Sanción Caso emblemático
ARPOLL	Discriminación en su colegio 2010. Pacasmayo. Desabastecimiento de ARV. 2008.	COREMUSA, INSADEH, Defensoría del Pueblo, ARPOLL, HRDT. GERESA	Impulsor conjuntamente con medios de comunicación, abogacía.	Se reintegró al niño a su centro de estudios. Inmediata solución. Optimo
Viviendo en positivo	Abandono familiar de niño Positivo, Oyotun, 2008 Oposición para operar a MVVS. Chiclayo, 20010	Defensoría del pueblo	Denuncia y seguimiento	Niño protegido por el estado. Mujer operada
Juntos para tu apoyo	Desabastecimiento 2011 Discriminación, 2009 maltrato en la atención, 2011	Organizaciones de PVVS, PV, Hospital Regional	Denunciante Denunciante Promotor	Abastecimiento Servicios mejorados
REDECOMS	Desabastecimiento de ARV hospitales de Lima y Callao	DISAS y organizaciones y personas con VIH, ONG	Denuncia y vocería	Mejoras en la disponibilidad de medicamentos
Miluska Vida y Dignidad	maltrato a TS Lima y	TS, Policías, etc.	Asistencia técnica, acompañamiento, Vocería e incidencia política.	Defensoría ha integrado en las capacitaciones el tema de TS y derechos humanos. Impedir la propuesta de la Zona Rosa.

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Cuadro 19

Matriz de problemas identificados y formas de abordaje por representantes de OPVV u OPV asistidas por el DC.

Nombre de la Organización	Problema identificado				Solución o respuesta frente al problema
	Falta medicamentos TARGA	Carencia de PR/condones masculinos	Ausencia de médicos especialistas en CERITSS	Deficiente programación y/o ejecución del PPR VIH 2012	
Red Trans Brenda Alayo			X		1. Reclamo grupal como ejercicio de derechos. 2. Incidencia con directivos y funcionarios. 3. Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
CHERL			X		Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.
PROMSEX	X				1. Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema. 2. Articulación con otras organizaciones y redes sociales. 3. Movilización y manifestación pública.
GAM Lazos de Vida para ti	X				1. Reclamo grupal como ejercicio de derechos. 2. Incidencia con directivos y funcionarios. 3. Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
Agrupación Trans femenina Las Amazónicas		X			1. Reclamo grupal como ejercicio de derechos. 2. Incidencia con directivos y funcionarios. 3. Articulación con otras organizaciones y redes sociales. 4. Movilización y manifestación pública.
Asociación de TS Mujeres del Sur		X			1. Reclamo grupal como ejercicio de derechos. 2. Incidencia con directivos y funcionarios. 3. Articulación con otras organizaciones y redes sociales. 4. Movilización y manifestación pública.

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Cuadro 20

Participación de las OPV/OPVVS asistidas por el DC, en las decisiones y procesos estratégicos de la respuesta regional VIH en la región.

Nombre de la Organización	PERM VIH sida	Prioridad Sanitaria para prevención y atención de VIH sida	POA Provincial VIH	Ordenanza Regional Acceso de los adolescentes a los Servicios de SSR	Ordenanza Regional Acceso de igualdad de trato a PVVS y PV No EyD	Talleres formulación del Presupuesto participativo
CHERL Iquitos	Si	Si	Si	Si	Si	Participante
ARPOLL Trujillo	Si	Si	Si	Si	Si	Participante
Viviendo en positivo Chiclayo	Si	Si	Si	Si	Si	Participante
Juntos para tu apoyo Tarapoto	No	No	No existen	-	Si nivel provincial	Participante
REDECOMS Lima	Si	Si	Si	Si	Si	-
Miluska Vida y Dignidad Lima	Si	Si	No	No	Si Ordenanza del Callao de reconocimiento de las TS para obtener el SIS.	Participante en Lima

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Cuadro 21

Participación de las OPV/OPVVS asistidas por el DC, en instancias y mecanismos de consulta y gestión del desarrollo regional y local.

Nombre de la Organización	Espacios de participación de su organización en instancias y mecanismos de participación social y de desarrollo locales y regionales		
	Participación en la toma de decisiones	Participación en la información oficial	Fiscalización y control
Diversidad San Martinense	-	-	-
ARPOLL	Plan Concertado Regional de Salud	Audiencias públicas. Requerimientos de información a las autoridades.	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios.
Viviendo en positivo	CCR//CCL/PCRS. Mesas de Concertación y de diálogo	Audiencias públicas. Requerimientos de información a las autoridades.	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios.
Juntos para tu apoyo – Tarapoto.	NR	NR	NR
REDECOMS	Plan de Desarrollo Metropolitano	NR	NR
Miluska Vida y Dignidad	CCR. Mesas de Concertación y de diálogo	Audiencias públicas. Requerimientos de información a las autoridades.	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios.

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Cuadro 22

Conocimiento de las OPVVS y OPV sobre la existencia de instrumentos de políticas públicas regionales VIH SIDA

Nombre de la Organización	Conoce la existencia de instrumentos de política pública				
	PERM VIH sida	Prioridad sanitaria para prevención VIH sida	POA Provincial VIH sida	Ordenanza regional de acceso a los adolescentes a los servicios de SSR	Ordenanza regional de igualdad de trato a PVVS y PV No EyD
Red Trans Brenda Alayo Piura	Si	-	Si	Si	Si
CHERL Iquitos	Si	Si	Si	Si	Si
PROMSEX Lima	Si	-	-	Si	-
GAM Lazos de Vida para ti Chiclayo	Si	Si	Si	-	-
Agrupación Trans femenina Las Amazónicas Tarapoto	-	-	-	-	Si
Asociación de TS Mujeres del Sur Arequipa	Si	Si	-	Si	-

Fuente: Entrevista a representantes de OPVVS y OPV

Anexo 3

INSTRUMENTOS DE CAMPO

1. Guía de entrevista para la para la caracterización del Capital Social del delegado comunitario
2. Guía de entrevista semi estructurada sobre capital social de las organizaciones de PVVS/PV a la que pertenece el delegado comunitario.
3. Guía de entrevista semi estructurada a Coordinadores Técnicos de los Objetivos de la VI ronda sobre perfil, rol y desempeño de delegados comunitarios.
4. Ficha de registro de información, síntesis de fuentes secundarias.
5. Pautas para grupos focales con informantes claves de la región sede del Delegado Comunitario.



Instrumento N° 1

Guía para la entrevista para el delegado comunitario (DC)

Nombre del/de la delegado/a comunitario/a:

Objetivo al cual esta adscrito/a:

Macrorregión:

Fecha:

I. Datos generales:

1.1 Sexo: Marque con una X lo que corresponda.

a. Masculino ()

b. Femenino. ()

1.2 Orientación sexual: Marque con una X lo que corresponda.

a. Gay ()

b. Bisexual. ()

c. Otro _____

1.3 Identidad de género: Marque con una X lo que corresponda.

a. Travesti ()

b. transexual. ()

c. Otro _____

2. Edad actual:

3. Estado civil:

a. Soltero/a ()

b. Casado/a. ()

c. Conviviente ()

d. Otro (especifique)_____

4. Responsabilidad familiar. Marque con una X lo que corresponda

a. Alguna ()

b. ninguna ()

II. Educación formal y capacitación

1. Educación formal

a. Grado de instrucción formal alcanzado por el/la DC antes de ingresar al Programa VI ronda

b. Grado de instrucción formal alcanzado por el/la DC a la fecha.

c. Planes académicos futuros.

2. Capacitación

a. Capacitación recibida, relacionada con la respuesta a las ITS/VIH y sida, adquirida por el/la DC, antes de ingresar al Programa VI ronda. (Cotejar con datos de CV). Eventos más importantes.

Área temática	Tipo de evento y tema	Año	Organizador	¿Tiene certificación? Si / No

Áreas Temáticas:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Aspectos clínico sanitario | 10. Gestión de conflictos |
| 2. Participación comunitaria | 11. Derechos humanos |
| 3. Formación para consejero de pares | 12. Estigma y discriminación |
| 4. Capacitación de capacitadores | 13. Diversidad sexual e identidad de género |
| 5. Formación para PEP | 14. Abogacía |
| 6. Liderazgo | 15. Planes y proyectos |
| 7. Prevención de las ITS VIH | 16. Vigilancia social |
| 8. Comunicación | 17. Otras (especifique) |
| 9. Soporte socio emocional | |

b. Capacitación recibida, relacionada con la respuesta a las ITS VIH Sida, adquirida por el/la DC, durante la VI ronda. Eventos más importantes.

Área temática	Tipo de evento/título	Año	Organizador	¿Tiene certificación? Si / No

Áreas Temáticas:

1. Aspectos clínico sanitario
 2. Participación comunitaria
 3. Formación para consejero de pares
 4. Capacitación de capacitadores
 5. Formación para PEP
 6. Liderazgo
 7. Prevención de las ITS VIH
 8. Comunicación
 9. Soporte socio emocional
 10. Gestión de conflictos
 11. Derechos humanos
 12. Estigma y discriminación
 13. Diversidad sexual e identidad de género
 14. Abogacía
 15. Planes y proyectos
 16. Vigilancia social
 17. Otras (especifique)
- c. Comparando tus respuestas del ítem b. respecto del ítem a. ¿cuáles son las explicaciones a los cambios relacionados a los temas, localizaciones, entidad organizadora, etc.?
- d. En la gestión de sus actividades de capacitación, como DC ¿cuál es el rol asumido con más frecuencia? Señale los dos roles más frecuentes.
- 1) Promotor ()
 - 2) Coordinador de la actividad ()
 - 3) Expositor/facilitador ()
 - 4) Apoyo ()
 - 5) Asistente ()
 - 6) Otros (especifique) _____

III. Participación social y redes sociales

1. Participación en grupos y organizaciones

a. **¿En qué grupos u organizaciones de tu localidad participas? Pueden ser formalizadas o simplemente grupo de personas que se reúnen regularmente para realizar alguna actividad, inclusive solo conversar.**

Tipo de grupo u organización (*)	Nombre de la organización	¿Qué tan activa es tu participación? (**)

(*)	(**)
Social Religioso Deportivo Cultural Gremial Escolar Vecinal De salud Juvenil Económico Político Otros	1. De liderazgo 2. Muy activa 3. Algo activa 4. No participa en decisiones

2. Participación en organizaciones y redes antes de ser DC

a. **Organización de Personas con VIH o PV que postuló como candidato al DC.**

Nombre de la organización:

Lugar:

Nº de miembros de la organización:

b. Organizaciones de Personas con VIH o de Poblaciones Vulnerables a las que perteneciste antes de ser DC:

Organización	Lugar	Cargo o función	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada organización. Colocar solo los numerales correspondientes

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones e instituciones
- 6) Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes e instancias
- 9) Elaboración de proyectos
- 10) Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- 11) Trabajo en equipo
- 12) Otros (especifique) _____

c. Redes de organizaciones de Personas con VIH, de Poblaciones Vulnerables u otras a las que perteneciste antes de ser DC:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los numerales correspondientes

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones e instituciones
- 6) Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes e instancias
- 9) Elaboración de proyectos
- 10) Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- 11) Trabajo en equipo
- 12) Otros (especifique)_____

2. Participación en organizaciones y redes durante el programa VI ronda

a. Organizaciones de Personas con VIH o de Poblaciones Vulnerables a las que se incorporó durante su gestión como DC.

Organización	Lugar	Cargo o función	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada organización. Colocar solo los numerales correspondientes

Beneficios obtenidos:

- 12) Acceso a información sobre servicios de salud
- 13) Acceso a medicamentos y otros
- 14) Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- 15) Desarrollo de habilidades sociales
- 16) Contactos con otras organizaciones e instituciones
- 17) Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- 18) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 19) Posibilidades de participación en otras redes e instancias
- 20) Elaboración de proyectos
- 21) Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- 22) Trabajo en equipo
- 23) Otros (especifique)_____

b. Redes de Personas con VIH, de Poblaciones Vulnerables a las que se incorporó durante su gestión como DC:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los numerales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones e instituciones
- 6) Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes e instancias
- 9) Elaboración de proyectos
- 10) Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- 11) Trabajo en equipo
- 12) Otros (especifique)_____

c. Otras Redes sociales e Interinstitucionales a las que se incorporó durante su gestión como DC:

Red social/ Inter. Institucional /tema	Integrantes principales del sector público	Integrantes principales de la sociedad civil	Participación en representación de su organización o a título personal	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a proyectos comunitarios.
- 2) Mayor sostenibilidad a actividades y proyectos.
- 3) Fortalecer la identidad y pertenencia de las organizaciones.
- 4) Fortalecer la representación funcional o territorial

- 5) Captación de mayores recursos y oportunidades.
- 6) Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva y participación ciudadana.
- 7) Desarrollo de habilidades sociales para la planificación estratégica, concertación, gestión de conflictos, etc.
- 8) Mayor articulación con la estructura de decisión político administrativa del distrito, provincia o región.
- 9) Contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales.
- 10) Acceder a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil.
- 11) Acceder a espacios de propuesta e incidencia pública.
- 12) Otros.

d. ¿En qué redes sociales virtuales aparte a los de su comunidad participas regularmente?

- Nacionales
- Internacionales

e. ¿En qué redes sociales virtuales de su comunidad participa regularmente?

- Nacionales
- Internacionales

IV. Confianza y aceptación.

a. En su condición de PV o Persona con VIH y según su percepción, señale en la siguiente lista de personas, el grado de confianza que usted posee respecto a ellas.

Entidad/personas	Niveles de confianza				
	Mucha	Ni mucha ni poca	Poca confianza	Ninguna confianza	No aplica
En el SR					
Coordinador Técnico					
Sub Coordinador/a de MyE					
Administrador/a					
Responsables de actividad					
En la DIRESA					
Responsable de la ESR ITS VIH					
Responsable de la ESR SSR					
Responsable de la					

EVA					
En la DRE					
Especialista TOE					
Equipo regional					
Otro (especifique)					
En el Gobierno Regional					
Gerencia de Desarrollo Social					
Otro (especifique)					
En el Gobierno Local					
Gerencia de Salud					
Otro (especifique)					
UGEL					
Especialista TOE					
Otro (especifique)					
En la COREMUSA					
En establecimiento de salud					
Responsable de Estrategia Sanitaria					
Responsable CERITS/UAMP/SAD					
Otro (especifique)					
En la Institución educativa					
Docentes					
Tutores					
Otro (especifique)					
Fiscalía					
Juzgado					
Policía					
Serenazgo					
Iglesias					
Defensoría del pueblo					
Otros					

Para el caso de las personas que has seleccionado con un nivel de confianza de mucha, ¿Cuáles son las causas, factores o motivos más importantes que inspiran esta confianza?

- Tienen un compromiso serio en la respuesta a las ITS VIH.
- Respetan la condición y los derechos de las PVVS y/o de las poblaciones vulnerables.
- Ayudan a resolver problemas concretos
- Los/as conocen hace algún tiempo
- Cuentan con las capacidades técnicas apropiadas.
- Disponer de adecuadas habilidades sociales
- Tienen buena capacidad de iniciativa y/o de resolución.
- Otras

V. Recursos materiales y otros

a. **Actividades laborales regulares (fijas) o actividades laborales eventuales desempeñadas antes de ser DC.**

Año/mes	ocupación	Lugar	Tiempo dedicado	Ingreso promedio mes /año

b. **Actividades laborales regulares (fijas) o actividades laborales eventuales realizadas simultáneamente siendo DC.**

Año/mes	ocupación	Lugar	Tiempo dedicado	Ingreso promedio mes /año

b. **¿Cuál es la disponibilidad de los miembros de su organización para colaborar con su tiempo, dinero y otros recursos en el logro de objetivos de beneficios comunes? califique el nivel de aportes usando la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).**

Recursos	Aportes Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).	Comentario
Tiempo		
Dinero		
Otros (especifique)		

c. **¿En qué medida algunos miembros de su comunidad han retribuido las ayudas/apoyos/ que usted les ha brindado? Marcar con X lo que corresponda.**

- () En gran medida
 () En regular medida
 () En poca medida
 () No hay retribución

VI. Estigma, discriminación y auto aceptación

Estigma y discriminación

a. **¿Desde cuándo visibiliza públicamente su condición de persona con VIH o de persona vulnerable a las ITS VIH Sida?**

Precise el año:

b. **Antes** de asumir el cargo de DC, ¿ha sufrido actos de estigma y discriminación? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles eran las formas o expresiones de estigma y discriminación que había sufrido personalmente? Describa brevemente dos hechos que más le hayan afectado.

1.

2.

c. En general ¿cómo se sentía y reaccionaba frente a estos hechos?

d. **En los ámbitos de la macrorregión, considera que ha disminuido el estigma y discriminación:** SI () No ()

En caso de ser afirmativa su respuesta, marque con una X, ¿cuáles de los siguientes factores han contribuido para obtener este logro?

- () Aprobación y vigencia de ordenanzas regionales para la igualdad y contra el estigma y discriminación.
 () Campañas masivas en respuesta al estigma y la discriminación.
 () Participación de las personas con VIH y de la PV en los espacios de toma de decisiones.
 () Compromiso de las autoridades
 () Otras

- e. **Durante el tiempo que eres DC, ¿qué formas o expresiones de estigma y discriminación has sufrido personalmente?** Describe brevemente dos hechos que más te hayan afectado.
- 1)
 - 2)
- f. **¿Tu respuesta es diferente siendo delegado/a comunitario?**
- () Si
() No
- g. **Si la respuesta es afirmativa ¿Qué crees que ha ocurrido en tu persona y en tu vida para que tu respuesta sea distinta a la de antes?**
- h. **¿Qué factores estarían explicando esta nueva forma de vivir y afrontar el estigma y discriminación? Enumera en orden de importancia, no menos de 5.**
- () Conciencia de ser sujeto de derechos (sentirte ciudadano).
 () Nivel de educación alcanzado.
 () Desarrollo de capacidades y habilidades sociales (Gestión social, incidencia, negociación, formulación de proyectos, vigilancia, entre otros).
 () Disponer de un ingreso y un empleo. (Seguridad económica básica).
 () Sentir el respaldo de tu organización de origen.
 () Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente.
 () Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las cuales estás vinculado actualmente.
 () Sentir el respaldo técnico y administrativo del RP.
 () Sentir el respaldo técnico y administrativo del SR.
 () Sentir el respaldo de la familia.
 () Otros (especifique) _____

Auto aceptación

- a. **¿Actualmente, cómo te auto percibes, en comparación a cuando recién ingresaste como DC?, respecto a los siguientes aspectos:**
- () Sentido de ser eficaz
 () Crecimiento de auto estima personal
 () Crecimiento de auto confianza personal
 () Sentido de ciudadanía o ser sujeto de derechos y obligaciones
 () Percepción de tener capacidad para influir

Aplica la siguiente escala a cada uno de los aspectos.

- (0) Ningún crecimiento
 (1) Algún crecimiento
 (2) Mayor crecimiento

VI. Empoderamiento

Acción colectiva

a. Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por el/la DC, antes del programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados

b. Iniciativas y/o proyectos impulsados por el ahora DC, antes del programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado o por el/la DC	Resultados

c. Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por el/la DC durante el programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados

d. Iniciativas y/o proyectos impulsados en beneficio de las organizaciones de Personas con VIH o PV por el/la DC durante el programa VI ronda.

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados

Participación ciudadana y social

a. En tu ámbito de trabajo, ¿conoces la existencia de los siguientes instrumentos de política pública?

Instrumento	(si) (no)
1) Plan Estratégico Multisectorial Regional VIH Sida	
2) Declaración de prioridad Sanitaria para la prevención y atención del VIH sida	
3) Plan Anual Provincial VIH Sida	
4) Ordenanza regional de acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva	
5) Ordenanza regional de igualdad de trato a PPVV y PV. No estigma y discriminación	
6) Otras (especifique)	

b. Participación social como DC y/o representante de las Personas con VIH/PV en espacios especiales:

Espacios Especiales:	Rol desempeñado				Evidencia
	Membrecía	Participante	Integrante equipo técnico	Vocero	
1) CONAMUSA					
2) Formulación del PEM					
3) COREMUSA					
4) Formulación del PERM					
5) Formulación de POAS provinciales					
6) Talleres para formulación del Presupuesto participativo					
7) Reuniones de transparencia y rendición de cuentas					
8) Otros (especifique) Presentación informe Defensoría sobre VIH					

c. Espacios normativos de participación social en ámbitos locales y regionales

Derecho ciudadano	Mecanismo	Participación (si) / (no)
1) Participación en la toma de decisiones	Concejo de Coordinación Regional	
	Concejo de Coordinación Local	
	Plan de Desarrollo Concertado Regional	
	Plan Concertado Regional de Salud	
	Mesas de concertación y de diálogo	
	Otras (especifique)	
2) Participación en la información oficial	Audiencias públicas	
	Requerimientos de información a las autoridades	
3) Fiscalización y control	Revocatoria de autoridades elegidas	
	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios	
	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios	
4) Otras		

d. De los siguientes problemas, selecciona uno que te parezca más relevante:

- Falta de medicamentos para el TARGA
- Limitada disponibilidad de Pruebas Rápidas
- Ausencia de médicos especialistas en el CERITS.
- Escasez de insumos para el control de las ITS/VIH
- Deficiente programación y/o ejecución del PPR 2012 VIH
- Escasez de condones masculinos.

e. ¿Cuál sería tu respuesta ante esta situación?: Marca las alternativas que corresponda:

- Esperar pasivamente la solución proveniente del MINSA
- Enviar una comunicación apostando por la solución al problema.
- Reclamos para los casos individuales.
- Reclamo grupal para concitar la benevolencia de responsables.
- Reclamo grupal como ejercicio de derechos.
- Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.
- Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
- Movilización y manifestación pública.
- Otras.

VII. Facultamiento institucional

Acceso a recursos y oportunidades desde el RP

a. En la siguiente lista se identifican un conjunto de oportunidades y recursos de CARE Perú en su condición de RP del programa VI ronda.

Califica el grado de acceso que tuvo a ellos, según la escala Alto (A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Contar con un contrato de 5° categoría	
2) Acceso a aseguramiento en salud	
b.1. Privado (EPS)	
b.2. Público (Essalud)	
3) Goce de licencias	
4) Apoyo social ante urgencias y/o emergencias	
5) Permisos especiales	
6) Capacitación profesional	
7) Asistencia a su Plan de trabajo y POI	
8) Otros	

Acceso a recursos y oportunidades desde el SR

a. En la siguiente lista se identifican un conjunto de oportunidades y recursos del consorcio y del Objetivo. Califica el grado de acceso que tuviste a ellos, según la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Acceso a información técnica y administrativa del Objetivo	
2) Disponibilidad de ambiente de trabajo: mobiliario y equipo de oficina.	
3) Disponibilidad de recursos presupuestales para implementar su plan de trabajo	
4) Consulta y retroalimentación de su plan de trabajo y POI	
5) Apoyo técnico y acompañamiento en el desarrollo de sus funciones y actividades	
6) Respaldo institucional y programático en sus gestiones	
7) Facilitación de contactos con autoridades, funcionarios, directivos, etc.	
8) Otros	

VII. Desempeño del delegado comunitario

Desempeño programático

- a. **Señala en la siguiente lista de funciones y/o tareas, las que desempeñas como delegado/a comunitario/a.** Conforme a tu experiencia, auto califica el nivel de desempeño que lograste usando la escala Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)

Función / tarea	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Elaboración de planes e informes correspondientes al DC	
– Desarrollo de contenidos específicos de capacitación conforme al POA del Objetivo.	
2) Participar en reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las actividades y sub actividades contempladas en el Plan Operativo de Objetivo en el que participa.	
3) Planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acorde con sus competencias y roles.	
4) Coordinar con el equipo clave del Sub Receptor (Coordinador técnico, Administrador y Sub Coordinador de Monitoreo).	
5) Realiza intervenciones en el mayor número de regiones de la macrorregión	
6) Coordinar con el equipo de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial.	
7) Otras	

Desempeño comunitario

- a. **A continuación se listan las principales funciones y responsabilidades generales del delegado comunitario.** Conforme a tu auto percepción, califica cualitativamente el desempeño en cada una de ellas, haciendo uso de la escala: Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Función / tarea	Reconocimiento Si / No	Calificación Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)
– Incorporación en las intervenciones del Objetivo, la perspectiva de las comunidades de PVVS o de las poblaciones vulnerables		
– Acompañamiento a Personas con VIH y vulnerables en sus actividades preventivas y curativas.		
– Desarrollo de actividades e incidencia pública ante autoridades		
– Desarrollo de actividades de vigilancia social		
– Promoción y apoyo a iniciativas y proyectos en favor de las Personas		

con VIH / poblaciones vulnerables		
– Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por su organización de origen		
– Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por organizaciones de PV que están en su ámbito de intervención		
– Rendición de cuentas de su quehacer como DC en su organización de origen y/o otras organizaciones de PV.		
– Participación en la gestión interna del SR		
– Otras		

b. ¿Cuáles han sido las oportunidades para presentar tus planes de trabajo ante tu comunidad?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/ acuerdos

c. ¿Cuáles han sido las oportunidades para hacer rendición de cuentas de tu trabajo ante tu comunidad?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/ acuerdos

Muchas gracias.

Entrevistador:

Instrumento N° 2

Guía de entrevista semi estructurada sobre capital social de las organizaciones de PVVS/PV a la que pertenece el delegado comunitario.

I. Datos generales

1. Información general

- Nombre de la Organización:
- sede:
- Nombre del dirigente entrevistado:
- Cargo que desempeña actualmente en la organización:
- Antigüedad en el cargo:
- Participación de la organización en algún consorcio Subreceptor de los PFM
 - 2° ronda ()
 - 5° ronda ()
 - 6° ronda ()
 - 10° ronda ()

2. Información de la organización

- Año de constitución de la organización:
- Condición de su formalización:
- Reconocida por entidad pública: Si () cual..... No ()
- Personería jurídica: Si (). No ()
- N° de miembros a la fecha de su constitución
- N° de miembros actuales

3. Experiencia de gestión

- a. Principales actividades /proyectos que ha gestionado la organización de origen del DC en los últimos 5 años.

Nombre de la actividad / proyecto	Características principales	Año/Localización	Entidad financiera	Monto administrado

II. Participación en redes

- a. Redes de PVVS, de Poblaciones Vulnerables u otras a las que perteneció su organización cuatro años atrás:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a emprendimientos económicos imicroempresas/créditos
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones/instituciones
- 6) Mejora de autoestima y confianza social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes, instancias
- 9) Generación de proyectos
- 10) Acceso a redes de ayuda: apoyo social, socio emocional, etc.
- 11) Trabajo en equipo
- 12) Otros

b. Redes de PVVS, de Poblaciones Vulnerables u otras a las que pertenece su organización actualmente:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a emprendimientos económicos imicroempresas/créditos
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones/instituciones
- 6) Mejora de la autoestima y confianza social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes, instancias
- 9) Generación de proyectos
- 10) Acceso a redes de ayuda: Apoyo social, socio emocional, etc.
- 11) Otros

c. Otras Redes sociales e Interinstitucionales en las que participa actualmente su organización:

Red social/ Inter. Institucional /tema	Integrantes principales del sector público	Integrantes principales de la sociedad civil	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a proyectos comunitarios.
- 2) Mayor sostenibilidad a actividades y proyectos.
- 3) Fortalecer la identidad y pertenencia de las organizaciones.
- 4) Fortalece la representación funcional o territorial
- 5) Captación de mayores recursos y oportunidades.
- 6) Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva y participación ciudadana.
- 7) Desarrollo de habilidades sociales para la planificación estratégica, concertación, gestión de conflictos, etc.
- 8) Mayor articulación con la estructura de decisión político administrativa del distrito, provincia o región.
- 9) Contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales.
- 10) Espacio para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil.
- 11) Acceder a espacios de propuesta e incidencia pública
- 12) Otros

Redes virtuales

- a. ¿En qué redes sociales virtuales generales participa regularmente?
 - 1) Nacionales
 - 2) Internacionales
- b. ¿En qué redes sociales virtuales de las comunidades de PVVS o de PV participa regularmente? **Identifíquelos por su nombre.**
 - 1) Nacionales
 - 2) Internacionales

III. Confianza y aceptación en el delegado comunitario

1. Confianza y aceptación

- a. Conoce personalmente al delegado comunitario
 - 1) Si ()
 - 2) No ()
- b. Participo del proceso de selección de la terna que postulo a los candidatos a delegados comunitarios?
 - 1) Si ()
 - 2) No ()
- c. Si la respuesta es si, ¿Estuvo usted de acuerdo que su organización lo postulara como delegado comunitario?
 - 1) Si ()
 - 2) No ()

- d. Si no hubiera estado de acuerdo; ha cambiado en la actualidad su parecer sobre el DC?
- 1) Si ()
 - 2) No ()
- e. Para atender problemas personales ¿confiaría usted en el delegado comunitario?
- 1) Si ()
 - 2) No ()
- f. Para atender problemas de los miembros de su organización ¿confiaría usted en el delegado comunitario?
- 1) Si ()
 - 2) No ()
- g. ¿Cuáles cree usted, son los factores o motivos más importantes que explicarían el nivel de aceptación y confianza que usted tiene por el delegado comunitario? Seleccione, **marcando con una X**, no menos de 5 y enumérelos en orden de importancia.
- 1) Haber sido postulado por una organización de PVVS o de PV. () ()
 - 2) Ser seleccionado, contratado, adscrito y supervisado por el RP () ()
 - 3) Presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo () ()
 - 4) Percibirlo útil para el cumplimiento de las tareas y metas de la organización. () ()
 - 5) Ayuda a resolver problemas personales de los miembros de la organización. () ()
 - 6) Disponer de las capacidades técnicas apropiadas. () ()
 - 7) Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o poblaciones vulnerables y sus organizaciones. () ()
 - 8) Haber alcanzado nuevos niveles educativos. () ()
 - 9) Mostrar vinculaciones con redes sociales, redes inter institucionales, etc. () ()
 - 10) Tener contactos y cierta influencia en autoridades y funcionarios locales y/o regionales. () ()
 - 11) Otras

IV. Empoderamiento

1. Acción colectiva

- a. Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por su organización en los últimos 5 años:

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por la organización	Resultados

2. Agenda pública

- a. En su ámbito de trabajo, ¿conoce usted la existencia de los siguientes instrumentos de política pública?

Instrumento	(si) (no)
1) Plan Estratégico Multisectorial Regional VIH Sida	
2) Prioridad Sanitaria para la prevención y atención del VIH sida	
3) Plan Anual Provincial VIH Sida	
4) Ordenanza regional de Acceso de los adolescentes a los servicios e salud sexual y reproductiva	
5) Ordenanza regional de igualdad de trato a PPVV y PV No estigma y discriminación	
6) Otras	

3. Participación ciudadana y social

a. Aspectos especiales de participación social de su organización de PVVS o de PV

Aspecto	Rol desempeñado				Evidencia
	Membrecía	Participante	Integrante equipo técnico	Vocero	
1) CONAMUSA					
2) COREMUSA					
3) Formulación del PERM					
4) Formulación de POAS provinciales					
5) Talleres para formulación del Presupuesto participativo					
6) Reuniones de transparencia y rendición de cuentas					
7) Otros					

b. Espacios de participación social de su organización de PVVS / PV en ámbitos locales y regionales

Derecho ciudadano	Mecanismo	Participación (si)/(no)
1) Participación en la toma de decisiones	Concejo de Coordinación Regional del gobierno regional	
	Concejo de Coordinación Local de la municipalidad provincial	
	Plan de Desarrollo Concertado Regional	
	Plan Concertado Regional de Salud	
	Mesas de concertación y de diálogo	
	Otras	
2) Participación en la información oficial	Audiencias públicas regionales/locales	

	Requerimientos de información a las autoridades	
3) Fiscalización y control	Revocatoria de autoridades elegidas	
	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios	
	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios	
4) Otras		

4. Calidad de la respuesta ciudadana

a. De los siguientes problemas, **seleccione uno** que a usted le parezca más relevante:

- 1) Falta de medicamentos para el TARGA ()
- 2) Limitada disponibilidad de Pruebas Rápidas ()
- 3) Ausencia de médicos especialistas en el CERITS. ()
- 4) Deficiente programación y/o ejecución del PPR 2012 VIH ()
- 5) Escasez de condones masculinos ()

b. ¿Cuál sería su respuesta ante esta situación?: Seleccione y **marque con una X** las alternativas que corresponda:

- 1) Esperar pasivamente la solución proveniente del MINSA ()
- 2) Enviar una comunicación rogando por la solución al problema. ()
- 3) Reclamos para los casos individuales. ()
- 4) Reclamo grupal para concitar la benevolencia de responsables. ()
- 5) Reclamo grupal como ejercicio de derechos. ()
- 6) Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.()
- 7) Articulación con otras organizaciones y redes sociales ()
- 8) Movilización y manifestación pública. ()
- 9) Otras.

VI. Desempeño Comunitario

a. Señale en la siguiente lista de funciones y/o tareas, las que reconoce han sido ejercidas o desempeñadas por el delegado comunitario. Conforme su experiencia, califique el nivel de desempeño logrado usando la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)

Función / tarea	Reconocimiento Si / No	Calificación Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Incorporación de la perspectiva de las comunidades de PVVS y de personas vulnerables en las intervenciones del Objetivo		
2) Acompañamiento a personas afectadas y vulnerables en sus actividades preventivas y curativas.		
3) Desarrollo de actividades e incidencia pública ante autoridades		
4) Desarrollo de actividades de vigilancia social		
5) Promoción y apoyo a iniciativas y proyectos en favor de las PVVS / poblaciones vulnerables		
6) Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por su organización de origen		
7) Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por organizaciones de PV que están en su ámbito de intervención		
8) Rendición de cuentas de su quehacer como DC en su organización de origen y/o otras organizaciones de PV.		
9) Otras		

b. Señale usted, si en el tiempo que se viene desempeñando el delegado comunitario, ha presentado ante las su organización, sus planes de trabajo?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/acuerdos

c. Señale usted, si en el tiempo que se viene desempeñando el delegado comunitario, se ha presentado ante su organización para rendir cuenta de su trabajo comunitario?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/acuerdos

Muchas gracias.

Entrevistador:



Instrumento N°3

Guía de entrevista semi estructurada sobre capital social de las organizaciones de PVVS/PV con las cuales se relaciona activamente el delegado comunitario.

I. Datos generales

1. Información general

- Nombre de la Organización:
- sede:
- Nombre del dirigente entrevistado:
- Cargo que desempeña actualmente en la organización:
- Antigüedad en el cargo:
- Participación de la organización en algún consorcio Subreceptor de los PFM
 - 2° ronda ()
 - 5° ronda ()
 - 6° ronda ()
 - 10° ronda ()

2. Formalización de la organización

- Año de constitución de la organización:
- Condición de su formalización:
- Reconocida por entidad pública: Si () cual..... No ()
- Personería jurídica: Si () cual.... No ()
- N° de miembros a la fecha de su constitución
- N° de miembros actuales

3. Relacionamiento inicial con el delegado comunitario

- por iniciativa del DC ()
- por iniciativa de la organización ()
- por iniciativa del SR ()
- Otros ()

II. Participación en redes

- a. Redes de PVVS, Redes de Poblaciones Vulnerables u otras a las que perteneció su organización cuatro años atrás:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a emprendimientos económicos imicroempresas/créditos
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones/instituciones
- 6) Autoestima y confianza social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes, instancias
- 9) Generación de proyectos
- 10) Trabajo en equipo
- 11) Acceso a redes de ayuda: Apoyo social, socio emocional, etc.
- 12) Otros

b. Redes de PVVS, Redes de Poblaciones Vulnerables u otras a las que pertenece su organización actualmente:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a información sobre servicios de salud
- 2) Acceso a medicamentos y otros
- 3) Acceso a emprendimientos económicos imicroempresas/créditos
- 4) Desarrollo de habilidades sociales
- 5) Contactos con otras organizaciones/instituciones
- 6) Mejora de la autoestima y confianza social
- 7) Reconocimiento de derechos ciudadanos
- 8) Posibilidades de participación en otras redes, instancias
- 9) Generación de proyectos

- 10) Acceso a redes de ayuda: Apoyo social, socio emocional, etc.
- 11) Trabajo en equipo.
- 12) Otros

c. Otras Redes sociales e Interinstitucionales en las que participa actualmente su organización:

Red social/ Inter. Institucional /tema	Integrantes principales del sector público	Integrantes principales de la sociedad civil	Beneficio obtenido (*)

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- 1) Acceso a proyectos comunitarios.
- 2) Mayor sostenibilidad a actividades y proyectos.
- 3) Fortalecer la identidad y pertenencia de las organizaciones.
- 4) Fortalece la representación funcional o territorial
- 5) Captación de mayores recursos y oportunidades.
- 6) Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva y participación ciudadana.
- 7) Desarrollo de habilidades sociales para la planificación estratégica, concertación, gestión de conflictos, etc.
- 8) Mayor articulación con la estructura de decisión político administrativa del distrito, provincia o región.
- 9) Contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales.
- 10) Espacio para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil.
- 11) Acceder a espacios de propuesta e incidencia pública
- 12) Otros

Redes virtuales

a. ¿En qué redes sociales virtuales generales participa regularmente?

- 1) Nacionales
- 2) Internacionales

- b. ¿En qué redes sociales virtuales de las comunidades de PVVS o de PV participa regularmente?
- 1) Nacionales
 - 2) Internacionales

Empoderamiento

- a. En su región, ¿conoce usted la existencia de los siguientes instrumentos de política pública?

Instrumento	(si) (no)
1) Plan Estratégico Multisectorial Regional VIH Sida	
2) Prioridad Sanitaria para la prevención y atención del VIH sida	
3) Plan Anual Provincial VIH Sida	
4) Ordenanza regional de Acceso de los adolescentes a los servicios e salud sexual y reproductiva	
5) Ordenanza regional de igualdad de trato a PPVV y PV No estigma y discriminación	
6) Otras	

Seleccione uno de los problemas listados:

- 1) Falta de medicamentos para el TARGA ()
- 2) Carencia de Pruebas rápidas/condones masculinos. ()
- 3) Ausencia de médicos especialistas en el CERITS. ()
- 4) Deficiente programación y/o ejecución del PPR 2012 VIH ()

Como haría frente a esta situación: Seleccione y marque las alternativas que corresponda:

- 1) Esperar pasivamente la solución proveniente del MINSA ()
- 2) Enviar una comunicación rogando por la solución al problema. ()
- 3) Desarrollar reclamos para los casos individuales. ()
- 4) Reclamo grupal para concitar la benevolencia de responsables. ()
- 5) Reclamo grupal como ejercicio de derechos. ()
- 6) Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.()
- 7) Articulación con otras organizaciones y redes sociales ()
- 8) Movilización y manifestación pública. ()
- 9) Otras.

III. Confianza y aceptación en el delegado comunitario

1. Confianza personal y factores de aceptación

Confianza

a. Para atender sus problemas personales ¿confiaría usted en el delegado comunitario?

Si () No ()

b. Para atender problemas de los miembros de su organización ¿confiaría usted en el delegado comunitario?

Si () No ()

Factores de aceptación.

c. Cuáles cree usted, son los factores o motivos más importantes que explicarían el nivel de aceptación y confianza que usted tiene por el delegado comunitario. Seleccione no menos de 5 y enumérelos en orden de importancia.

- 1) Haber sido postulado por una organización de PVVS o de PV. ()
- 2) Ser seleccionado, contratado, adscrito y supervisado por el RP ()
- 3) Presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo ()
- 4) Percibirlo útil para el cumplimiento de las tareas y metas de la organización. ()
- 5) Ayuda a resolver problemas personales de los miembros de la organización.()
- 6) Disponer de las capacidades técnicas apropiadas. ()
- 7) Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS / poblaciones vulnerables y sus organizaciones. ()
- 8) Haber alcanzado nuevos niveles educativos. ().
- 9) Mostrar vinculaciones con redes sociales, redes inter institucionales, etc. ()
- 10) Tener contactos y cierta influencia en autoridades y funcionarios locales y/o regionales. ()
- 11) Otras.

IV. Desempeño Comunitario

a. Señale en la siguiente lista de funciones y/o tareas, las que reconoce han sido ejercidas o desempeñadas por el delegado comunitario. Conforme su experiencia, califique el nivel de desempeño logrado usando la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)

Función / tarea	Reconocimiento Si / No	Calificación Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)
10) Incorporación de la perspectiva de las comunidades de PVVS y de personas vulnerables en las intervenciones del Objetivo		
11) Acompañamiento a personas afectadas y vulnerables en sus		

actividades preventivas y curativas.		
12) Desarrollo de actividades e incidencia pública ante autoridades		
13) Desarrollo de actividades de vigilancia social		
14) Promoción y apoyo a iniciativas y proyectos en favor de las PVVS / poblaciones vulnerables		
15) Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por su organización de origen		
16) Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por organizaciones de PV que están en su ámbito de intervención		
17) Rendición de cuentas de su quehacer como DC en su organización de origen y/o otras organizaciones de PV.		
18) Otras		

d. Señale usted, si en el tiempo que se viene desempeñando el delegado comunitario, ha presentado ante las su organización, sus planes de trabajo?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/acuerdos

e. Señale usted, si en el tiempo que se viene desempeñando el delegado comunitario, se ha presentado ante su organización para rendir cuenta de su trabajo comunitario?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/acuerdos

Muchas gracias.

Entrevistador:



Instrumento N° 5

Guía de entrevista semi estructurada a Coordinadores Técnicos de los Objetivos de la VI ronda sobre perfil, rol y desempeño de delegados comunitarios.

I. Información general

- Nombres y apellidos del Coordinador/a Técnico/a:
- Objetivo
- Macrorregión
- Sede
- Nombre del Delegado Comunitario :

II. Facultamiento del delegado comunitario

Adscripción y asimilación

- a. ¿Reconoce usted la existencia de un conjunto de normas y/o directivas de CONAMUSA y del RP que dan soporte al rol y quehacer del delegado comunitario?. Indique algunas de ellas:
 - 1)
 - 2)
- b. ¿Cómo percibió el rol del delegado comunitario, cuando fue adscrito a su Consorcio?
- c. ¿Qué procesos de inducción se realizaron al interior del Consorcio y hacia los actores institucionales y sociales externos, sobre el perfil y rol de los delegados comunitarios?
 - 1) Al interior del Consorcio:
 - 2) Al exterior del consorcio:

Acceso a recursos y oportunidades desde el SR

- a. Identificar la oferta de oportunidades y recursos facilitada desde el consorcio y del Objetivo. Auto calificar según escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Acceso a información técnica y administrativa del Objetivo	
2) Disponibilidad de ambiente de trabajo adecuado/ mobiliario y equipo de oficina necesario.	
3) Disponibilidad de recursos presupuestales para implementar su plan operativo	
4) Consulta y retroalimentación de su POA y POI	
5) Apoyo técnico y acompañamiento en el desarrollo de sus funciones y actividades	
6) Respaldo institucional y programático en sus gestiones	
7) Facilitación de contactos con autoridades, funcionarios, directivos, etc.	
8) Otros	

Acceso a recursos y oportunidades desde el RP

- a. ¿Cómo evalúa el soporte técnico y social brindado por el Comité Asesor Comunitario – CAC- al delegado comunitario? Calificar cualitativamente haciendo uso de la escala: Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Calificación:

Sustento:

- b. ¿Cómo evalúa los procesos de inducción, supervisión y capacitación brindados desde el RP al delegado comunitario? Calificar cualitativamente el desempeño en cada una de ellas, haciendo uso de la escala: Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Calificación:

Sustento:

III. Confianza y aceptación social

- a. ¿Considera usted que el delegado comunitario ha sabido generar un clima de confianza y aceptación social entre las PVVS, las PV y sus organizaciones, así como de otros actores institucionales y sociales en el ámbito de su intervención?

Si () No ()

b. Si su respuesta es positiva, ¿cuáles cree usted, son los factores o motivos más importantes que explicarían el nivel de aceptación y confianza que tienen por el delegado comunitario. Seleccione no menos de 5 y enumérelos en orden de importancia:

- 1) Haber sido postulado por una organización de PVVS o de PV. () ()
- 2) Ser seleccionado, contratado, adscrito y supervisado por el RP () ()
- 3) Presentarse ante su organización y rendir cuenta de su trabajo () ()
- 4) Percibirlo útil para el cumplimiento de las tareas y metas de la organización. () ()
- 5) Ayuda a resolver problemas personales de los miembros de la organización. () ()
- 6) Disponer de las capacidades técnicas apropiadas. () ()
- 7) Disponer de capacidades de liderazgo ante las PVVS y/o poblaciones vulnerables y sus organizaciones. () ()
- 8) Haber alcanzado nuevos niveles educativos. () ()
- 9) Mostrar vinculaciones con redes sociales, redes inter institucionales, etc. () ()
- 10) Tener contactos y cierta influencia en autoridades y funcionarios locales y/o regionales. () ()
- 11) Otras

IV. Desempeño del delegado comunitario

Desempeño programático

a. Señale en la siguiente lista de funciones y/o tareas, las que han sido ejercidas o desempeñadas por el delegado comunitario. Conforme su experiencia, califique el nivel de desempeño logrado usando la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)

Función / tarea	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Elaboración de planes informes correspondientes al DC	
2) Desarrollo de contenidos específicos de capacitación conforme al POA del Objetivo.	
3) Participar en reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las actividades y sub actividades contempladas en el Plan Operativo de Objetivo en el que participa.	
4) Planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acorde con sus competencias y roles.	
5) Realiza intervenciones en el mayor número de regiones de la macrorregión	
6) Otras	

Desempeño comunitario

a. A continuación se listan las principales funciones y responsabilidades generales del delegado comunitario. Conforme a su percepción, calificar cualitativamente el desempeño en cada una de ellas, haciendo uso de la escala: Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Función / tarea	Reconoci miento Si / No	Calificación Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Incorporación en las intervenciones del Objetivo, la perspectiva las PVVS y de las poblaciones vulnerables		
2) Desarrollo de contenidos específicos de capacitación conforme al POA del Objetivo.		
3) Acompañamiento a personas afectadas y vulnerables en sus actividades preventivas y curativas.		
4) Desarrollo de actividades e incidencia pública ante autoridades		
5) Desarrollo de actividades de vigilancia social		
6) Promoción y apoyo a iniciativas y proyectos en favor de las PVVS / poblaciones vulnerables.		
7) Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por su organización de origen.		
8) Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por organizaciones de PVVS/PV que están en su ámbito de intervención		
9) Rendición de cuentas de su quehacer como DC en su organización de origen y/o otras organizaciones de PVVS/ PV.		
10) Otras		

b. ¿Cuál es su apreciación actual sobre ejercicio de competencias del delegado comunitario, con relación a las responsabilidades generales de su posición?.

<p>TRABAJO EN EQUIPO</p> <p>Participar en reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las actividades y sub actividades contempladas en el Plan Operativo de Objetivo en el que</p>	
---	--

participa.	
<p>HABILIDADES ADMINISTRATIVAS</p> <p>Planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acordes con sus competencias y roles.</p>	
<p>ORIENTACIÓN A NORMATIVAS</p> <p>Elaborar y presentar el informe mensual/trimestral de participación de las personas afectadas o de las personas vulnerables.</p>	
<p>CAPACIDAD DE COORDINACIÓN</p> <p>Dar cuenta de su quehacer y de los avances del objetivo, en forma periódica, a las organizaciones de PVVS o de poblaciones vulnerables de su ámbito de intervención.</p>	
<p>COMPROMISO Y LEALTAD</p> <p>Constituirse en un integrante titular del equipo de gestión del consorcio. Conocer y respetar las políticas institucionales de la organización o consorcio responsable de la implementación de los objetivos de VI Ronda.</p>	

Muchas gracias

Entrevistador:

Instrumento N° 6

Ficha de registro de información, síntesis de fuentes secundarias

VARIABLE	Fuentes
INDICADOR 1	Fuente 1:
	Fuente 2:
	Síntesis:
	Apreciación:
INDICADOR 2	Fuente 1:
	Fuente 2:
	Síntesis:
	Apreciación:
INDICADOR 3	Fuente 1:
	Fuente 2:
	Síntesis:
	Apreciación:

Instrumento N° 7

Grupos focales con informantes claves de la región sede del Delegado Comunitario.

Objetivo:

Conocer y discutir las percepciones y apreciaciones sobre el desarrollo del capital social del delegado Comunitario y de las organizaciones de PVVS y/o PV que lo postuló y con las cuales interactúa, según el caso.

Participantes:

- Coordinador Técnico del SR
- Responsable regional de la ESR ITS VIH
- Representante de la COREMUSA
- Representante de las organizaciones de PVV o PV que postularon al DC
- Representante de las redes de OPVV o de PV de la región

Duración: 1.30 minutos.

Lugar: Sede del SR en la región.

Agenda temática y preguntas motivadoras**1. Apreciación sobre el desempeño del Delegado Comunitario**

- 1.1. ¿Cuál es su apreciación sobre el desempeño programático del Delegado Comunitario?
- 1.2. ¿Cuál es su apreciación sobre el desempeño del Delegado Comunitario en relación con las organizaciones de PVVS y/o de PV en la región?

2. Importancia de la participación del Delegado Comunitario

- 2.1. ¿Considera que fue una buena decisión la incorporación de la figura del Delegado Comunitario en la gestión de los Objetivos de la VI ronda?

3. Percepción de cambios en el perfil personal, social, laboral, etc. del delegado comunitario en el transcurso de los casi 5 años.

- 3.1. ¿Qué cambios positivos en las capacidades personales y habilidades sociales del Delegado Comunitario han podido percibir en estos casi 5 años de participación en la VI ronda?

4. Identificación de los factores habilitadores de orden sanitario, laboral, social, cultural, político, educativos, etc. que podrían explicar los cambios en el DC y su desempeño.

4.1. Desde su ubicación, ¿cuales creen son los factores habilitadores más importantes que podrían explicar estos cambios positivos en las capacidades personales y sociales, así como el nivel de desempeño logrado, en estos casi cinco años en la VI ronda?

4.2. ¿Qué recomendaciones podría formular al Delegado Comunitario para potenciar estos factores habilitadores e incrementar sus activos?

5. Oportunidades regionales y locales de aprovechar el capital social acumulado en el DC y las organizaciones de PVVS y/o PV.

5.1. ¿Consideran pertinente, cautelar el capital social del delegado Comunitario y el capital social grupal y comunitario generado y acumulado con el esfuerzo conjunto en la región?

5.2. ¿Qué oportunidades y fortalezas regionales y locales se pueden aprovechar y movilizar para continuar poniendo en valor y acrecentar el capital social del Delegado Comunitario y del capital social de las organizaciones de PVVS y/o de PV.

6. Conclusiones y agradecimiento

Anexo 4: Ejemplos de instrumentos aplicados

Anexo 4.1:

Instrumento N° 1

Cuestionario para entrevista a delegado comunitario (DC) y de las Organizaciones de Personas con VIH y de Poblaciones Vulnerables (TGB y TS) a las que está vinculado.

Nombre del/de la delegado/a comunitario/a: **Tonika**

Objetivo al cual esta adscrito/a: Objetivo HIV 1 Sexta Ronda Fondo Global

Macrorregión: Norte

Fecha: 03 de septiembre

I. Datos generales:

1.1 Sexo: Marca con una X lo que corresponda.

- a. Masculino ()
- b. Femenino. ()

1.2 Orientación sexual: Marque con una X lo que corresponda.

- a. Gay ()
- b. Bisexual. ()
- c. Otro _____

1.3 Identidad de género: Marque con una X lo que corresponda.

- a. Travesti ()
- b. transexual. ()
- c. Otro _____

2. Edad actual: 40

3. Estado civil:

- a. Soltero/a ()
- b. Casado/a. ()
- c. Conviviente ()
- d. Otro (especifique) _____

4. Responsabilidad familiar. Marque con una X lo que corresponda

- a. Alguna ()
- b. ninguna ()

II. Educación formal y capacitación

3. Educación formal

a. Grado de instrucción formal alcanzado por el/la DC antes de ingresar al Programa VI ronda
carrera técnica no concluida

b. Grado de instrucción formal alcanzado por el/la DC a la fecha.

Carrera técnica no concluida

c. Planes académicos futuros.

Culminar mis estudios y si puedo me gustaría estudiar Derecho

4. Capacitación

a. Capacitación recibida, relacionada con la respuesta a las ITS/VIH y sida, adquirida por el/la DC, antes de ingresar al Programa VI ronda. (Cotejar con datos de CV). Eventos más importantes.

Área temática	Tipo de evento y tema	Año	Organizador	¿Tiene certificación? Si / No
Formación para PEPS	-Taller de capacitación para PEPS HSH TRANS CERT la unión Piura.	1998	MINSA	SI
Formación para PEPS	Taller macro regional para formación de promotores educadores de pares HSH TRANS Sullana 2005.	2005.	MINSA	SI
Formación para PEPS	Taller encuentro Nacional para formación de promotores educadores de pares HSH TRANS hotel Riviera lima Junio	2005.	MINSA	SI
Planes y proyectos	Taller /propuesta	2006	MINSA	NO

	técnica del plan nacional del concertado de salud. Organizado por el MINSA. Mallaritos - Sullana-Piura			
Prevención de las ITS VIH	Consulta nacional .Trabajo sexual y VIH/SIDA en el Perú. Desarrollado en lima	2007	RED TRANS NACIONAL	SI
Derechos humanos	Taller sobre derechos sexuales y reproductivos /VIH por una ciudadanía para todos y todas. Hotel Angolo	2007	PRONSEX.	NO

Áreas Temáticas:

- Aspectos clínico sanitario
- Participación comunitaria
- Formación para consejero de pares
- Capacitación de capacitadores
- Formación para PEP
- Liderazgo
- Prevención de las ITS VIH
- Comunicación
- Soporte socio emocional
- Gestión de conflictos
- Derechos humanos
- Estigma y discriminación
- Diversidad sexual e identidad de género
- Abogacía
- Planes y proyectos
- Vigilancia social
- Otras (especifique)

b. Capacitación recibida, relacionada con la respuesta a las ITS VIH Sida, adquirida por el/la DC, durante la VI ronda. Eventos más importantes.

Área temática	Tipo de evento/título	Año	Organizador	¿Tiene certificación? Si / No
---------------	-----------------------	-----	-------------	----------------------------------

Prevención de las ITS VIH y Participación comunitaria	V foro Latinoamericano y del Caribe en VIH /SIDA e ITS. Desarrollado en Lima	2009	MINSA	SI
Prevención de las ITS VIH y Participación comunitaria	Consulta nacional de instituciones que trabajan el tema de VIH SIDA, Hotel condado Lima	2011	ONUSIDA	NO
Prevención de las ITS VIH y Participación comunitaria	Participación en el primero, segundo y tercer encuentro macro regional de organizaciones LTGB TS organizado por el objetivo 1 sexta ronda fondo global en los años 2010,2011 y 2012.	2010,2011 y 2012	OBJETIVO HIV 1 MRN MECANISMO ARTICULADOR LTGB TS	NO

Áreas Temáticas:

- Aspectos clínico sanitario
- Participación comunitaria
- Formación para consejero de pares
- Capacitación de capacitadores
- Formación para PEP
- Liderazgo
- Prevención de las ITS VIH
- Comunicación
- Soporte socio emocional
- Gestión de conflictos
- Derechos humanos
- Estigma y discriminación
- Diversidad sexual e identidad de género
- Abogacía
- Planes y proyectos
- Vigilancia social
- Otras (especifique)

- e. Comparando tus respuestas del ítem b. respecto del ítem a. ¿cuáles son las explicaciones a los cambios relacionados a los temas, localizaciones, entidad organizadora, etc.?
- f. Evidentemente existe un gran avance para el mejor manejo y desarrollo tanto en lo laboral como en lo personal, relacionados al trabajo efectuado como representante de un grupo poblacional en situación de desigualdades y deficiencias con la cual en el proceso de este aprendizaje por medio de los talleres en su variedad por ejes temáticos en relación a mis actividades, creo que mis localizaciones han podido desarrollarse de forma mejor ya que he podido tener una mejor dirección y capacidad de coordinación y gestión de las actividades.
Se ha podido establecer una mejor articulación y confianza con las entidades que trabajan los temas de interés de nuestras poblaciones pudiendo a si ser considerados como actores consultivos de gran interés y donde nuestras dicciones y opiniones son importantes.
- g. En la gestión de sus actividades de capacitación, como DC ¿cuál es el rol asumido con más frecuencia? Señale los dos roles más frecuentes.
- 7) Promotor (X)
 - 8) Coordinador de la actividad (X)
 - 9) Expositor/facilitador ()
 - 10) Apoyo ()
 - 11) Asistente ()
 - 12) Otros (especifique) _____

III. Participación social y redes sociales

2. Participación en grupos y organizaciones

- b. ¿En qué grupos u organizaciones participas tu? Pueden ser formalizadas o simplemente grupo de personas que se reúnen regularmente para realizar alguna actividad, inclusive solo conversar.

Tipo de grupo u organización (*)	Nombre de la organización	¿Qué tan activa es tu participación? (**)
-	-	-

(*)	(**)
Social	5. De liderazgo
Religioso	6. Muy activa
Deportivo	7. Algo activa
Cultural	8. No participa en decisiones

Gremial Escolar Vecinal De salud Juvenil Económico Político Otros	
--	--

2. Participación en organizaciones y redes antes de ser DC

a. Organización de Personas con VIH o PV que postuló como candidato al DC.

Nombre de la organización: Movimiento Homosexual de Lima

Lugar: Lima

Nº de miembros de la organización: 60

d. Organizaciones de Personas con VIH o de Poblaciones Vulnerables a las que perteneciste antes de ser DC:

Organización	Lugar	Cargo o función	Tiempo dedicado al mes en horas
AMHOP	Piura	Presidenta	50
Mesa de concertación LTGB TS	Piura	Coordinadora	26
RED DAS CON EQUIDAD	LIMA	Asambleísta	12
Red diversidad LTGB	PIURA	Presidenta	8

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada organización. Colocar solo los numerales correspondientes

Beneficios obtenidos:

- Acceso a información sobre servicios de salud
- Acceso a medicamentos y otros
- Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- Desarrollo de habilidades sociales
- Contactos con otras organizaciones e instituciones(*)
- Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- Reconocimiento de derechos ciudadanos(*)
- Posibilidades de participación en otras redes e instancias
- Elaboración de proyectos

- Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- Trabajo en equipo(*)
- Otros (especifique)_____

e. Redes de organizaciones de Personas con VIH, de Poblaciones Vulnerables u otras a las que perteneciste antes de ser DC:

Red social /tema	Integrantes principales	Tiempo dedicado al mes en horas
Red diversidad LTGB región Piura	Piura	15
Red das con equidad.	Lima	10
Red peruana LTGB	Lima	10
Gam Hosanna	Piura	10

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los numerales correspondientes

Beneficios obtenidos:

- Acceso a información sobre servicios de salud *)
- Acceso a medicamentos y otros
- Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- Desarrollo de habilidades sociales(*)
- Contactos con otras organizaciones e instituciones
- Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- Reconocimiento de derechos ciudadanos(*)
- Posibilidades de participación en otras redes e instancias
- Elaboración de proyectos
- Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- Trabajo en equipo
- Otros (especifique)_____

2. Participación en organizaciones y redes durante el programa VI ronda

- b. Organizaciones de Personas con VIH o de Poblaciones Vulnerables a las que se incorporó durante su gestión como DC.

Organización	Lugar	Cargo o función	Tiempo dedicado al mes en horas
Mesa de concertación LTGB TS Piura	Piura	Coordinadora Regional	26
Red Trans Brenda Alayo	Piura	Coordinación técnica	20
Mecanismo articulador LTGB TS MRN	Chiclayo	Representante	10

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada organización. Colocar solo los numerales correspondientes

Beneficios obtenidos:

- Acceso a información sobre servicios de salud
- Acceso a medicamentos y otros
- Acceso a actividades económicas (microempresas, créditos)
- Desarrollo de habilidades sociales
- Contactos con otras organizaciones e instituciones(*)
- Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social
- Reconocimiento de derechos ciudadanos
- Posibilidades de participación en otras redes e instancias(*)
- Elaboración de proyectos(*)
- Acceso a redes de apoyo social y de apoyo emocional, etc.
- Trabajo en equipo
- Otros (especifique) _____

f. Otras Redes sociales e Interinstitucionales a las que se incorporó durante su gestión como DC:

Red social/ Inter. Institucional /tema	Integrantes principales del sector público	Integrantes principales de la sociedad civil	Participación en representación de su organización o a título personal
COREMUSA	Salud, educación,	ONGs, PVVS y PV	Organización

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

Beneficios obtenidos:

- Acceso a proyectos comunitarios. (*)
- Mayor sostenibilidad a actividades y proyectos.
- Fortalecer la identidad y pertenencia de las organizaciones.
- Fortalecer la representación funcional o territorial
- Captación de mayores recursos y oportunidades.
- Desarrollo de habilidades sociales para el empoderamiento, acción colectiva y participación ciudadana. (*)
- Desarrollo de habilidades sociales para la planificación estratégica, concertación, gestión de conflictos, etc. (*)
- Mayor articulación con la estructura de decisión político administrativa del distrito, provincia o región. (*)
- Contactos con otras organizaciones/instituciones nacionales e internacionales.
- Acceder a espacios para relacionamiento con otras organizaciones de la sociedad civil. (*)
- Acceder a espacios de propuesta e incidencia pública. (*)
- Otros.

g. ¿En qué redes sociales virtuales aparte a los de su comunidad participas regularmente?

— Nacionales (X)

— Internacionales

h. ¿En qué redes sociales virtuales de su comunidad participa regularmente?

— Nacionales (X)

— Internacionales

IV. Confianza y aceptación.

- d. En su condición de PV o Persona con VIH y según su percepción, señale en la siguiente lista de personas, el grado de confianza que usted posee respecto a ellas.

Entidad/personas	Niveles de confianza				
	Mucha	Ni mucha ni poca	Poca confianza	Ninguna confianza	No aplica
En el SR	x				
Coordinador Técnico	x				
Sub Coordinador/a de MyE	x				
Administrador/a	x				
Responsables de actividad	x				
En la DIRESA		x			
Responsable de la ESR ITS VIH	x				
Responsable de la ESR SSR	x				
Responsable de la EVA		x			
En la DRE		x			
Especialista TOE		x			
Equipo regional		x			
Otro (especifique)					
En el Gobierno Regional		x			
Gerencia de Desarrollo Social	x				
Otro (especifique)					
En el Gobierno Local		x			
Gerencia de Salud		x			
Otro (especifique)					
UGEL					
Especialista TOE					
Otro (especifique)					
En la COREMUSA	x				

En establecimiento de salud	x				
Responsable de Estrategia Sanitaria	x				
Responsable CERITS/UAMP/SAD	x				
Otro (especifique)			x		
En la Institución educativa			x		
Docentes			x		
Tutores					
Otro (especifique)					
Fiscalía			x		
Juzgado			x		
Policía		x			
Serenazgo	x				
Iglesias			x		
Defensoría del pueblo	x				
Otros					

e. Cuáles cree que son los factores o motivos más importantes para haber logrado que estas personas tengan ese nivel de aceptación positiva por usted. Enumere en orden de importancia, no menos de 5.

- (x) Conciencia del valor de la participación de las poblaciones vulnerables en la respuesta local y regional a las ITS/VIH Sida.
- () Ser seleccionado, contratado, adscrito y supervisado por el RP
- () Estar por contrato obligado al SR a tenerlo como miembro del equipo gestión
- () Percibirlo útil para el cumplimiento de las tareas y metas del Objetivo.
- (x) Disponer de las capacidades técnicas apropiadas.
- (x) Disponer de capacidades de liderazgo ante las Personas con VIH /poblaciones vulnerables y sus organizaciones.
- () Haber alcanzado nuevos niveles educativos.
- () Mostrar vinculaciones con redes sociales, redes inter institucionales, etc.
- (x) Ha disminuido el estigma y la discriminación hacia las Personas con VIH y poblaciones vulnerables en la región
- () Otras

V. Recursos materiales y otros

- a. Actividades laborales regulares (fijas) o actividades laborales eventuales desempeñadas antes de ser DC.

Año/mes	ocupación	Lugar	Tiempo dedicado	Ingreso promedio mes /año
1997	Estilista	Piura	14	S/.1,500 al mes

- b. Actividades laborales regulares (fijas) o actividades laborales eventuales simultáneamente siendo DC.

Año/mes	ocupación	Lugar	Tiempo dedicado	Ingreso promedio mes /año
Agosto 2012	Encuestadora	Chiclayo	32 horas al mes	S/.1,600

- f. ¿Cuál es la disponibilidad de los miembros de su organización para colaborar con su tiempo, dinero y otros recursos en el logro de objetivos de beneficios comunes? califique el nivel de aportes usando la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Recursos	Aportes Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).	Comentario
Tiempo	A	
Dinero	M	
Otros (especifique)		

- g. ¿En qué medida algunos miembros de su comunidad han retribuido las ayudas/apoyos/favores, que usted les ha brindado? Marcar con X lo que corresponda.

- () En gran medida
- (X) En regular medida
- () En poca medida
- () No hay retribución

VI. Estigma, discriminación y auto aceptación

.Estigma y discriminación

- a. ¿Desde cuándo visibiliza públicamente su condición de persona con VIH o de persona vulnerable a las ITS VIH Sida?

Precise el año: 1992

- b. Antes de asumir el cargo de DC, ¿ha sufrido actos de estigma y discriminación? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles eran las formas o expresiones de estigma y discriminación que había sufrido personalmente? Describa brevemente dos hechos que más le hayan afectado.

- Agresiones físicas y psicológicas por parte de la sociedad en general
- Prohibición de accesos a lugares públicos

- c. En general ¿cómo se sentía y reaccionaba frente a estos hechos?

Muy mal con un autoestima muy bajo y sin dignidad mi reacción siempre era de ira he impotencia, pero como ya conocía sobre los temas de derechos humanos trataba de alguna forma de enfrentar los hechos.

- d. En los ámbitos de la macrorregión, considera que ha disminuido el estigma y discriminación: SI (x) No ()

En caso de ser afirmativa su respuesta, marque con una X, ¿cuáles de los siguientes factores han contribuido para obtener este logro?

- () Aprobación y vigencia de ordenanzas regionales para la igualdad y contra el estigma y discriminación.
- (x) Campañas masivas en respuesta al estigma y la discriminación.
- (x) Participación de las personas con VIH y de la PV en los espacios de toma de decisiones.
- (x) Compromiso de las autoridades
- () Otras

- e. Durante el tiempo que eres DC, ¿qué formas o expresiones de estigma y discriminación has sufrido personalmente? Describe brevemente dos hechos que más te hayan afectado.

- Se me ha prohibido el ingreso a algunos lugares públicos
- Se me ha llamado por mi nombre del DNI a pesar de mi identidad en femenino

g. ¿Tu respuesta es diferente siendo delegado/a comunitario?

- Si
 No

h. Si la respuesta es afirmativa ¿Qué crees que ha ocurrido en tu persona y en tu vida para que tu respuesta sea distinta a la de antes?

La experiencia como delegada comunitaria no solo es una experiencia que la considero de nivel laboral, esta experiencia me ha permitido recibir un nivel de aprendizaje y sobretodo de crecimiento y valoración personal muy diferente a antes que sea delegada comunitaria.

El pertenecer a una institución con amplia experiencia siento que me ubica en un espacio privilegiado, además de las cosas nuevas que a lo largo de este proyecto he ido conociendo y mejorando mi capacidad de gestionar y resolver nudos críticos diversos y problemas personales también todo esto de una forma más adecuada y con más herramientas a las que antes podría haber tenido.

3) ¿Qué factores estarían explicando esta nueva forma de vivir y afrontar el estigma y discriminación? Enumera en orden de importancia, no menos de 5.

- Conciencia de ser sujeto de derechos (sentirte ciudadano).
- Nivel de educación alcanzado.
- Desarrollo de capacidades y habilidades sociales (Gestión social, incidencia, negociación, formulación de proyectos, vigilancia, entre otros).
- Disponer de un ingreso y un empleo. (Seguridad económica básica).
- Sentir el respaldo de tu organización de origen.
- Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente.
- Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las cuales estás vinculado actualmente.
- Sentir el respaldo técnico y administrativo del RP.
- Sentir el respaldo técnico y administrativo del SR.
- Sentir el respaldo de la familia.
- Otros (especifique) _____

Auto aceptación

- b. ¿Actualmente, cómo te auto percibes, en comparación a cuando recién ingresaste como DC?, respecto a:

Aplica la siguiente escala a cada uno de los aspectos.

- (0) Ningún crecimiento
- (1) Algún crecimiento
- (2) Mayor crecimiento x

Aspectos

- Sentido de ser eficaz
- Crecimiento de auto estima personal
- Crecimiento de auto confianza personal
- Sentido de ciudadanía o ser sujeto de derechos y obligaciones
- Percepción de tener capacidad para influir

VI. Empoderamiento

Acción colectiva

- e. **Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por el/la DC, antes del programa VI ronda**

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
Grupos de TS y TRANS	Abuso de serenazgo	2008 Piura	Serenazgo, municipalidad de Piura, organizaciones de PV, Defensoría del Pueblo,	Liderazgo	Acuerdos sobre horas y lugares de circulación de TS y TRANS
TRANS	Barreras para acceso a espacios públicos	2007 Piura	INDECOPI MHOL Piura	Liderazgo	Recomendaciones de INDECOPI a propietarios de establecimientos

f. Iniciativas y/o proyectos impulsados por el ahora DC, antes del programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
Población vulnerable	Limitaciones de laboratorio local para atender tamizaje de VIH	2005	Población vulnerable Laboratorio de CERITS Laboratorio Regional referencial de Piura	Promotor y liderazgo	LARES asume tamizaje con mejores equipos, insumos y profesionales, así como calidad en la atención.

g. Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por el/la DC durante el programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
Población vulnerable	Seguimiento a informe de defensoría del Pueblo sobre calidad de la atención de los servicios de prevención y atención del VIH en regiones del norte del país	2010 Tumbes, Piura, Lambayeque, Ancash y La Libertad	Defensoría del Pueblo DIRESAS Organizaciones de PVVS y PV	Solicitante y seguimiento	Informes de DIRESAS de Tumbes, Piura y Ancash
Población vulnerable	Escasez de PR para PV por derivación a	Sullana 2009	Red de Sullana DIRESA Piura	Denunciante Liderazgo	Comunicado aclaratorio Disponibilidad de PR

	otros programas en Sullana		Objetivo 1 MRN Organizaciones de PV		específicamente para PV
--	----------------------------	--	---	--	-------------------------

h. Iniciativas y/o proyectos impulsados en beneficio de las organizaciones de Personas con VIH o PV por el/la DC durante el programa VI ronda.

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
PVVS y PV	Igualdad de derechos de PVVS y PV	2010	GR Organizaciones e PVVS y PV Medios de comunicación COREMUSA Objetivo 1	Promotor y sustentación	Pendiente en Consejo Regional
TS TRANS	Violencia policial	2011 Piura	PNP Serenazgo Municipio de Piura Organizaciones de PV	Promotor Negociador	Pendiente de decisión municipal Idea inicial de apoyo a centro comunitario por municipio.

Participación ciudadana y social

f. En tu ámbito de trabajo, ¿conoces la existencia de los siguientes instrumentos de política pública?

Instrumento	(si) (no)
1) Plan Estratégico Multisectorial Regional VIH Sida	Si
2) Declaración de prioridad Sanitaria para la prevención y atención del VIH sida	No
3) Plan Anual Provincial VIH Sida	Si
4) Ordenanza regional de acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva	Si Tumbes
5) Ordenanza regional de igualdad de trato a PPVV y PV. No estigma y discriminación	Si Piura
6) Otras (especifique)	

--	--

g. Participación social como DC y/o representante de las Personas con VIH/PV en espacios especiales:

Espacios Especiales:	Rol desempeñado				Evidencia
	Membrecía	Participante	Integrante equipo técnico	Vocero	
1) CONAMUSA	-	-	-	-	-
2) Formulación del PEM	-	-	-	-	-
3) COREMUSA	x	x		x	Actas
4) Formulación del PERM	x	x	x	x	Informes de COREMUSA
5) Formulación de POAS provinciales		X			
6) Talleres para formulación del Presupuesto participativo	-	-	-	--	-
7) Reuniones de transparencia y rendición de cuentas		X			
8) Otros (especifique)		X			
9) Presentación informe defensoría sobre VIH					

h. Espacios normativos de participación social en ámbitos locales y regionales

Derecho ciudadano	Mecanismo	Participación (si) / (no)
Participación en la toma de decisiones	Concejo de Coordinación Regional	-
	Concejo de Coordinación Local	-
	Plan de Desarrollo Concertado Regional	-
	Plan Concertado Regional de Salud	Si
	Mesas de concertación y de diálogo	Si
	Otras (especifique)	-
Participación en la información	Audiencias públicas	Si

oficial	Requerimientos de información a las autoridades	Si
Fiscalización y control	Revocatoria de autoridades elegidas	
	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios	si
	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios	Si
Otras		-

i. De los siguientes problemas, selecciona uno que te parezca más relevante:

- Falta de medicamentos para el TARGA
- Limitada disponibilidad de Pruebas Rápidas
- Ausencia de médicos especialistas en el CERITS.
- Escasez de insumos para el control de las ITS/VIH
- Deficiente programación y/o ejecución del PPR 2012 VIH
- Escasez de condones masculinos.

j. ¿Cuál sería tu respuesta ante esta situación?: Marca las alternativas que corresponda:

- Esperar pasivamente la solución proveniente del MINSA
- Enviar una comunicación apostando por la solución al problema.
- Reclamos para los casos individuales.
- Reclamo grupal para concitar la benevolencia de responsables.
- Reclamo grupal como ejercicio de derechos.
- Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.
- Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
- Movilización y manifestación pública.
- Otras.

VII. Facultamiento institucional

Acceso a recursos y oportunidades desde el RP

b. En la siguiente lista se identifican un conjunto de oportunidades y recursos de CARE Perú en su condición de RP del programa VI ronda.

Califica el grado de acceso que tuvo a ellos, según la escala Alto (A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Contar con un contrato de 5° categoría	A
2) Acceso a aseguramiento en salud	A
b.1. Privado (EPS)	
b.2. Público (Essalud)	A

3) Goce de licencias	A
4) Apoyo social ante urgencias y/o emergencias	A
5) Permisos especiales	A
6) Capacitación profesional	A
7) Asistencia a su Plan de trabajo y POI	A
8) Otros	

Acceso a recursos y oportunidades desde el SR

- b. En la siguiente lista se identifican un conjunto de oportunidades y recursos del consorcio y del Objetivo. Califica el grado de acceso que tuviste a ellos, según la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Acceso a información técnica y administrativa del Objetivo	B poco acceso a datos administrativos
2) Disponibilidad de ambiente de trabajo: mobiliario y equipo	A
3) de oficina.	
4) Disponibilidad de recursos presupuestales para implementar su plan de trabajo	A
5) Consulta y retroalimentación de su plan de trabajo y POI	A
6) Apoyo técnico y acompañamiento en el desarrollo de sus funciones y actividades	A
7) Respaldo institucional y programático en sus gestiones	A
8) Facilitación de contactos con autoridades, funcionarios, directivos, etc.	A
9) Otros	A

VII. Desempeño del delegado comunitario

Desempeño programático

- b. **Señala en la siguiente lista de funciones y/o tareas, las que desempeñas como delegado/a comunitario/a.** Conforme tu experiencia, auto califica el nivel de desempeño que lograste usando la escala Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)

Función / tarea	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
1) Elaboración de planes e informes correspondientes al DC	A
2) Desarrollo de contenidos específicos de capacitación conforme al POA del Objetivo.	AM
3) Participar en reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las actividades y sub actividades contempladas en el Plan Operativo de Objetivo en el que participa.	MA
4) Planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acorde con sus competencias y roles.	A
5) Coordinar con el equipo clave del Sub Receptor (Coordinador técnico, Administrador y Sub Coordinador de Monitoreo).	A
6) Desarrollo de actividades de incidencia pública ante autoridades	A
7) Realiza intervenciones en el mayor número de regiones de la macrorregión	A
8) Coordinar con el equipo de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial.	M
9) Otras	

Desempeño comunitario

- d. **A continuación se listan las principales funciones y responsabilidades generales del delegado comunitario.** Conforme a tu auto percepción, califica cualitativamente el desempeño en cada una de ellas, haciendo uso de la escala: Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Función / tarea	Calificación Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)
– Incorporación en las intervenciones del Objetivo, la	A

perspectiva de las comunidades de PVVS o de las poblaciones vulnerables	
- Desarrollo de contenidos específicos de capacitación conforme al POA del Objetivo.	A
- Acompañamiento a Personas con VIH y vulnerables en sus actividades preventivas y curativas.	A
- Desarrollo de actividades e incidencia pública ante autoridades	A
- Desarrollo de actividades de vigilancia social	A
- Promoción y apoyo a iniciativas y proyectos en favor de las Personas con VIH / poblaciones vulnerables	A
- Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por su organización de origen	A
- Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por organizaciones de PV que están en su ámbito de intervención	A
- Rendición de cuentas de su quehacer como DC en su organización de origen y/o otras organizaciones de PV.	M
- Participación en la gestión interna del SR	A
- Otras	

e. ¿Cuáles han sido las oportunidades para presentar tus planes de trabajo ante tu comunidad?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/ acuerdos
Al inicio de sus funciones	Piura	MHOL Piura Organizaciones de Sullana Chulucanas	incidencia	Captar iniciativas Soporte a organizaciones Coordinaciones con autoridades

f. ¿Cuáles han sido las oportunidades para hacer rendición de cuentas de tu trabajo ante tu comunidad?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/ acuerdos
2011	Trujillo	Organizaciones de PV de las regiones de la MRN	Avance y pendientes de acciones de incidencia	Revisar tiempos de dedicación para el año 2012 ante la menor disponibilidad de recursos.
2012	Piura	MOHL Piura	Avances del POA 2011	Atender pendientes de normas

Muchas gracias.

Entrevistador:

Anexo 4.2.

Instrumento N° 1

Entrevista para el delegado comunitario (DC) y de las Organizaciones de Personas con VIH y de Poblaciones Vulnerables (LTGB y TS) a las que está vinculado.

Nombre del/de la delegado/a comunitario/a: Angela Leonor Villón Bustamante

Objetivo al cual está adscrito/a: Objetivo 04 VI Ronda del Fondo Mundial

Macrorregión: Nacional

Fecha de ingreso: 01/08/2008

I. Datos generales:

1.1 Sexo: Marca con una X lo que corresponda.

- a. Masculino ()
- b. Femenino. (x)

1.2 Orientación sexual: Marque con una X lo que corresponda.

- a. Gay ()
- b. Bisexual. ()
- c. Otro x

1.3 Identidad de género: Marque con una X lo que corresponda.

- a. Travesti ()
- b. transexual. ()
- c. Otro x

2. Edad actual: 47

3. Estado civil:

- a. Soltero/a (x)
- b. Casado/a. ()
- c. Conviviente ()
- d. Otro (especifique) _____

4. Responsabilidad familiar. Marque con una X lo que corresponda

- a. Alguna (x)
- b. ninguna ()

II. Educación formal y capacitación

5. Educación formal

- a. Grado de instrucción formal alcanzado por el/la DC antes de ingresar al Programa VI ronda
- b. Grado de instrucción formal alcanzado por el/la DC a la fecha.
5ª secundaria.
- c. Planes académicos futuros.

6. Capacitación

a. Capacitación recibida, relacionada con la respuesta a las ITS/VIH y sida, adquirida por el/la DC, antes de ingresar al Programa VI ronda. (Cotejar con datos de CV). Eventos más importantes.

Área temática	Tipo de evento y tema	Año	Organizador	¿Tiene certificación? Si / No
Otros	Universidad Nacional Mayor De San Marcos Curso de Sexualidad Humana	1982	Universidad Nacional Mayor De San Marcos	no
Prevención de las ITS VIH	Universidad Peruana Cayetano Heredia Curso Internacional ETS y SIDA en el Siglo XXI	Setiembre 2001	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA	si
Prevención de las ITS VIH	Centro De Salud Raúl Patrucco Cursos de Capacitación de ETS y SIDA	Diciembre 1999 - Febrero 2003	Centro De Salud Raúl Patrucco	si
Estigma y discriminación	DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD Curso Taller "Prevención de la Violencia"	29 Octubre - 26 Noviembre 2001	DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD	si
Prevención de las ITS VIH	MINISTERIO DE SALUD Capacitación de Formación a Nuevas Promotoras	19 al 21 Junio 2002	Organizado por el Programa Nacional "Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y	si

	Educadoras de Pares (T.S.)		VIH/SIDA-PROCTSS"	
Prevención de las ITS VIH	Curso Taller "Actualización en Consejería para ITS/VHI/SIDA	18 al 20 Noviembre 2002	VIA LIBRE	si
Prevención de las ITS VIH	Entrenamiento para Facilitadores del Programa <i>¿Qué te cuentas?</i> "	Febrero 2003	Instituto Nacional De Salud Mental De Los Ee.Uu. Universidad De California En San Francisco Universidad Peruana Cayetano Heredia	si
Prevención de las ITS VIH	Curso Internacional "VIH: Patogénesis, Prevención y Tratamiento"	Mayo 2003	Impacta Salud Y Educacion Y La Sociedad Peruana De Enfermedades Infecciosas Y Tropicales	si
Derechos humanos	Curso Taller "Salud Sexual y Reproductiva desde un Enfoque de Géneros y Derechos"	Junio 2003	Centro De Estudios De Problemas Economicos Y Sociales De La Juventud (Cepesju)	si
Formación para consejero de pares	"Aprendiendo Habilidades para el Trabajo en Educación de pares	Julio 2003	Centro De Estudios De Problemas Economicos Y Sociales De La Juventud (Cepesju)	si
Formación para consejero de pares	"Estrategias de Abordaje Grupal en la Educación de Pares"	Octubre 2003	Centro De Estudios De Problemas Economicos Y Sociales De La Juventud (Cepesju)	si
Formación para consejero de pares	"Uso del Rotafolio en la Educación de Pares"	Diciembre 2003	Centro De Estudios De Problemas Economicos Y Sociales De La Juventud (Cepesju)	si
Liderazgo	Programa de Desarrollo de Liderazgo	Febrero 2004 (Isla Margarita - Venezuela)	Consejo Latinoamericano Y Del Caribe De Organizaciones Con Servicio En Vih/Sida (Laccaso) Patrocinado Por El Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo.	si
Diversidad sexual e identidad de	"Pensando Sexualmente"	Marzo 2004	Flora Tristán	si

género				
Prevención de las ITS VIH	Cultura de calidad para una mejor gestión de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo del desarrollo, la salud y VIH/SIDA	09 Octubre - 27 Noviembre 2004	Universidad Peruana Cayetano Heredia / Red Sida Peru	si
Prevención de las ITS VIH Liderazgo	Consultores Comunitarios en VIH/SIDA.		Redes Comunitarias De Latinoamérica Y El Caribe En Vih/Sida.	si

b. Capacitación recibida, relacionada con la respuesta a las ITS VIH Sida, adquirida por el/la DC, durante la VI ronda. Eventos más importantes.

Área temática	Tipo de evento/título	Año	Organizador	¿Tiene certificación? Si / No
ITS VIH	Consulta Derechos Humanos, Trabajo Sexual y VIH/SIDA en la Región Piura	del 2 al 5 de Diciembre del 2008	Consortio Red Miluska, TRANS y IESSDE	si
ITS VIH	V FORO Latinoamericano de VIH y Sida	Nov. 2009	Parte del Comité organizador en representación de la Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales	si
Derechos Humanos	Realización del PRE FORO TS: a) Se validó la Carta de principios éticos del Movimiento b) La corriente a la que se rige el movimiento c) Constitución del Movimiento y su primera junta directiva.	Nov. 2009	Asociación de Trabajadoras Sexuales "Miluska Vida y Dignidad"	si
Derechos Humanos, reducción de la Violencia, Diversidad sexual e	Lanzamiento del Libro "Ganando Fuerzas para el ejercicio de nuestra ciudadanía"	Nov. 2009	Consortio Miluska, red Trans, IESSDE	si

identidad de género en TS Mujeres y TRANS				
Capacitación de capacitadores	Participación en el taller de Redacción y ortografía, para los Delegados Comunitarios y líderes de la Comunidad.	Nov. 2009	organizado por CARE PERÚ	si
Estigma y Discriminación	conferencia “trabajo sexual...una visión jurídica”	Feb 2010	Asociación de Trabajadoras Sexuales “Mujeres del Sur” Arequipa	si
Derechos Humanos, reducción de la Violencia, Diversidad sexual e identidad de género en TS Mujeres y TRANS ITS VIH	Participación en la Conferencia de VIH y Sida realizada en Vienna, Austria 2010	Pre Conferencia 17 de Julio, Conferencia Mundial del 18 al 24 de Julio.	Red Mundial de Trabajo Sexual	Si
Derechos Humanos, reducción de la Violencia ITS VIH	Incidencia, gestión y participación en UNGASS	Junio 2010	Asamblea General de las Naciones Unidas	no
Estigma y discriminación	Taller de AMP y sensibilización a proveedores de salud encargados de los CERITS y UAMPs Arequipa	30 y 31 de Agosto 2010	Consortio	no
Derechos Humanos, reducción de la Violencia ITS VIH Diversidad sexual e identidad de género en TS Mujeres y TRANS	Capacitación del Módulo dirigido para Policías y Serenazgo	Set 2010	Consortio	no

Capacitación de capacitadores	Reunión de Delegados Comunitarios Del Fondo Mundial Para la sistematización De nuestra experiencia.	2011	CARE	
-------------------------------	---	------	------	--

h. Comparando tus respuestas del ítem b. respecto del ítem a. ¿cuáles son las explicaciones a los cambios relacionados a los temas, localizaciones, entidad organizadora, etc.?

Básicamente cambio en el perfil

i. En la gestión de sus actividades de capacitación, como DC ¿cuál es el rol asumido con más frecuencia? Señale los dos roles más frecuentes.

- 13) Promotor ()
- 14) Coordinador de la actividad ()
- 15) Expositor/facilitador ()
- 16) Apoyo (X)
- 17) Asistente (X)
- 18) Otros (especifique) _____

III. Participación social y redes sociales

3. Participación en grupos y organizaciones

c. **¿En qué grupos u organizaciones de tu localidad participas? Pueden ser formalizadas o simplemente grupo de personas que se reúnen regularmente para realizar alguna actividad, inclusive solo conversar.**

Tipo de grupo u organización (*)	Nombre de la organización	¿Qué tan activa es tu participación? (**)
NINGUNA		

(*)	(**)
Social	9. De liderazgo
Religioso	10. Muy activa
Deportivo	11. Algo activa
Cultural	12. No participa en decisiones
Gremial	
Escolar	
Vecinal	
De salud	
Juvenil	
Económico	
Político	

Otros	
-------	--

2. Participación en organizaciones y redes antes de ser DC

a. **Organización de Personas con VIH o PV que postuló como candidato al DC.**

Nombre de la organización: Asociación de Trabajadoras Sexuales “Miluska Vida y Dignidad”

Lugar: Lima

N° de miembros de la organización: 100

f. **Organizaciones de Personas con VIH o de Poblaciones Vulnerables a las que perteneciste antes de ser DC:**

Organización	Lugar	Cargo o función	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)
13) Miluska Vida y Dignidad	Lima	Presidenta	50 horas	<ul style="list-style-type: none"> — Acceso a información sobre servicios de salud — Desarrollo de habilidades sociales — Fortalecimiento de auto estima

g. **Redes de organizaciones de Personas con VIH, de Poblaciones Vulnerables u otras a las que perteneciste antes de ser DC:**

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)
REDTRASEX	Org. TS de Latinoamerica	Latinoamerica	24	<ul style="list-style-type: none"> — Acceso a información sobre servicios de salud — Desarrollo de habilidades sociales

				— Elaboración de proyectos
--	--	--	--	----------------------------

2. Participación en organizaciones y redes durante el programa VI ronda

c. Organizaciones de Personas con VIH o de Poblaciones Vulnerables a las que se incorporó durante su gestión como DC.

Organización	Lugar	Cargo o función	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)
Movimiento de Trabajadoras Sexuales del Perú	Perú	Presidenta	100	— Contactos con otras organizaciones e instituciones — Fortalecimiento de la autoestima y de la participación social — Elaboración de proyectos
Red Mundial de Trabajo Sexual	5 Continentes	Representante de Latinoamérica	40	
Foro Internacional Transformando el poder económico para avanzar los derechos de las mujeres y la justicia AWID	5 Continentes	Integrante	10	
Mesa de Concertación LGTBG y TS	Lima	Integrante	4	

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada organización. Colocar solo los numerales correspondientes

i. Redes de Personas con VIH, de Poblaciones Vulnerables a las que se incorporó durante su gestión como DC:

Red social /tema	Integrantes principales	Espacios locales/regionales en los que participa la red	Tiempo dedicado al mes en horas	Beneficio obtenido (*)
RPM+	Mujeres viviendo con VIH	Nacional	4	— Acceso a información sobre servicios de salud — Acceso a medicamentos y

				otros — Contactos con otras organizaciones e instituciones
--	--	--	--	---

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los numerales correspondientes.

j. Otras Redes sociales e Interinstitucionales a las que se incorporó durante su gestión como DC:

Red social/ Inter. Institucional /tema	Integrantes principales del sector público	Integrantes principales de la sociedad civil	Participación en representación de su organización o a título personal	Beneficio obtenido (*)
Ninguna				

(*) De la siguiente relación identifique hasta tres (3) beneficios obtenidos en cada red social. Colocar solo los literales correspondientes.

k. ¿En qué redes sociales virtuales aparte a los de su comunidad participas regularmente?

- Nacionales: Red LGTB, poblaciones Vulnerables Peru
- Internacionales: RED Hispana de PVVS, Industrias del Sexo

l. ¿En qué redes sociales virtuales de su comunidad participa regularmente?

- Nacionales: Movimientots@yahoogroups, poblacionesvulnerables@yahoogroups
- LGTB
- Internacionales: Redes_Lac
- UNGASS_Lac
- Industrias del sexo
- Red Mundial TS, NSWP
- Foro AWID

IV. Confianza y aceptación.

h. En su condición de PV o Persona con VIH y según su percepción, señale en la siguiente lista de personas, el grado de confianza que usted posee respecto a ellas.

Entidad/personas	Niveles de confianza				
	Mucha	Ni mucha ni poca	Poca confianza	Ninguna confianza	No aplica
En el SR					
Coordinador Técnico	X				
Sub Coordinador/a de MyE		X			
Administrador/a		X			
Responsables de actividad		X			
En la DIRESA					
Responsable de la ESR ITS VIH	X				
Responsable de la ESR SSR	X				
Responsable de la EVA					
En la DRE					
Especialista TOE					
Equipo regional					
Otro (especifique)					
En el Gobierno Regional					
Gerencia de Desarrollo Social		X			
Otro (especifique)					
En el Gobierno Local					
Gerencia de Salud		X			
Otro (especifique)					
UGEL					
Especialista TOE		X			
Otro (especifique)					
En la COREMUSA					
En establecimiento de salud	X				
Responsable de Estrategia Sanitaria	X				
Responsable		X			

CERITS/UAMP/SAD					
Otro (especifique)					
En la Institución educativa					
Docentes		X			
Tutores					
Otro (especifique)					
Fiscalía	X				
Juzgado		X			
Policía					X
Serenazgo					X
Iglesias					X
Defensoría del pueblo	X				
Otros					

i. Para el caso de las personas que has seleccionado con un nivel de confianza de mucho, ¿Cuáles son las causas, factores o motivos más importantes que inspiran esta confianza?

- (X) Tienen un compromiso serio en la respuesta a las ITS VIH.
- (X) Respetan la condición y los derechos de las PVVS y/o de las poblaciones vulnerables.
- (X) Ayudan a resolver problemas concretos
- (X) Los/as conocen hace algún tiempo
- () Cuentan con las capacidades técnicas apropiadas.
- () Disponer de adecuadas habilidades sociales
- () Tienen buena capacidad de iniciativa y/o de resolución.
- () Otras

V. Recursos materiales y otros

a. Actividades laborales regulares (fijas) o actividades laborales eventuales desempeñadas antes de ser DC.

Año/mes	ocupación	Lugar	Tiempo dedicado	Ingreso promedio mes /año
Dic. 1999	Promotora de pares	Cerits Raúl Patrucco	5 años	4,000.00

2004	Monitora TS de estrategia de Pares	Tahuantinsuyo, Lima Norte	2 años	5000.00
2006	Asesora Comunitaria Objetivo 1, V Ronda del FM	Consortio MHOL	2 años	12,000.00

b. **Actividades laborales regulares (fijas) o actividades laborales eventuales realizadas simultáneamente siendo DC.**

Año/mes	ocupación	Lugar	Tiempo dedicado	Ingreso promedio mes /año
Ninguna				

c. **¿Cuál es la disponibilidad de los miembros de su organización para colaborar con su tiempo, dinero y otros recursos en el logro de objetivos de beneficios comunes? califique el nivel de aportes usando la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).**

Recursos	Aportes Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).	Comentario
Tiempo	A	No hay horario, puede ser de madrugada de ser necesario
Dinero	B	No hacen aportes, pero corren con sus movilidades y alimentación
Otros (especifique)		Hacen colectas para apoyar a las compañeras en desgracia

d. **¿En qué medida algunos miembros de su comunidad han retribuido las ayudas/apoyos/ que usted les ha brindado? Marcar con X lo que corresponda.**

- (x) En gran medida
- () En regular medida
- () En poca medida
- () No hay retribución

VI. Estigma, discriminación y auto aceptación

Estigma y discriminación

- a. **¿Desde cuándo visibiliza públicamente su condición de persona con VIH o de persona vulnerable a las ITS VIH Sida?**

Precise el año: 2002

Antes de asumir el cargo de DC, ¿ha sufrido actos de estigma y discriminación? Si la respuesta es afirmativa ¿cuáles eran las formas o expresiones de estigma y discriminación que había sufrido personalmente? Describa brevemente dos hechos que más le hayan afectado.

“Fui brutalmente golpeada por orden del Médico Jefe del Raúl Patrucco Dr. Nalvarte, debido a que lo denuncié al MINSA por malversación de Fondos, se refirió a mi persona diciendo que las prostitutas no pueden denunciar a un profesional porque no somos personas honorables y él sí lo era por su condición de Dr”.

No recibieron mi denuncia por agresión física de parte de un alférez en la comisaría de Salamanca porque dijeron que era prostituta y las prostitutas no denuncian a los policías

En general ¿cómo se sentía y reaccionaba frente a estos hechos?

Me sentí mal en su momento, pero a la vez me hizo fuerte porque las circunstancias me obligaron a resolver esos problemas y a rescatar mis derechos y dignidad.

- b. **En los ámbitos de la macrorregión, considera que ha disminuido el estigma y discriminación:** Si (x) No ()

En caso de ser afirmativa su respuesta, marque con una X, ¿cuáles de los siguientes factores han contribuido para obtener este logro?

- (x) Aprobación y vigencia de ordenanzas regionales para la igualdad y contra el estigma y discriminación.
 (x) Campañas masivas en respuesta al estigma y la discriminación.
 (x) Participación de las personas con VIH y de la PV en los espacios de toma de decisiones.
 (x) Compromiso de las autoridades
 (x) Otras

- c. **Durante el tiempo que eres DC, ¿qué formas o expresiones de estigma y discriminación has sufrido personalmente?** Describe brevemente dos hechos que más te hayan afectado.

- Algunas personas gays se sienten los eruditos y dueños de los proyectos y me han discriminado y excluido muchas veces de la posibilidad de participación, porque piensan que en mi condición de TS soy incapaz
- Los proyectos que se ejecutan por personas gays, discriminan y excluyen mi participación en eventos políticos, espacios de toma de decisiones y capacitaciones, obstaculizándome las oportunidades de seguir desarrollándome

d. ¿Tu respuesta es diferente siendo delegado/a comunitario?

- () Si
(x) No

Si la respuesta es afirmativa ¿Qué crees que ha ocurrido en tu persona y en tu vida para que tu respuesta sea distinta a la de antes?

e. ¿Qué factores estarían explicando esta nueva forma de vivir y afrontar el estigma y discriminación? Enumera en orden de importancia, no menos de 5.

- (1) Conciencia de ser sujeto de derechos (sentirte ciudadano).
- (2) Nivel de educación alcanzado.
- (3) Desarrollo de capacidades y habilidades sociales (Gestión social, incidencia, negociación, formulación de proyectos, vigilancia, entre otros).
- () Disponer de un ingreso y un empleo. (Seguridad económica básica).
- (4) Sentir el respaldo de tu organización de origen.
- () Sentir el respaldo de las organizaciones con las cuales trabajas actualmente.
- (5) Sentir el respaldo de las redes locales, regionales o nacionales a las cuales estás vinculado actualmente.
- () Sentir el respaldo técnico y administrativo del RP.
- () Sentir el respaldo técnico y administrativo del SR.
- () Sentir el respaldo de la familia.
- () Otros (especifique) _____

Auto aceptación

a. ¿Actualmente, cómo te auto percibes, en comparación a cuando recién ingresaste como DC?, respecto a los siguientes aspectos:

- (2) Sentido de ser eficaz
- (2) Crecimiento de auto estima personal
- (2) Crecimiento de auto confianza personal
- (2) Sentido de ciudadanía o ser sujeto de derechos y obligaciones

(2) Percepción de tener capacidad para influir

Aplica la siguiente escala a cada uno de los aspectos.

- (0) Ningún crecimiento
- (1) Algún crecimiento
- (2) Mayor crecimiento

VI. Empoderamiento

Acción colectiva

a. Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por el/la DC, antes del programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
Comunidad TS	Denuncias	2002 a la fecha	Defensoría del Pueblo Ministerio Público Fiscalía Auditoría Interna PNP etc.	Demandante	positivos
Comunidad TS	Acompañamiento	2002 A la fecha	Líderes, activistas	acompañamiento	positivos
Comunidad TS	Conferencias de Prensa	2002 A la fecha	Líderes visibles	Declarante	positivo
Comunidad TS	Foros	2002 A la fecha	Coordinadora Comité organizador	Coordinación	Desarrollo técnico
Comunidad TS	Talleres	2002 A la fecha	Coordinadora Comité organizador	Coordinación	Desarrollo técnico
Comunidad TS	Encuentros Regionales	2002 A la fecha	Coordinadora Comité organizador	Coordinación	Desarrollo técnico
Comunidad TS	1 Congreso Internacional	2004	Coordinadora Comité organizador	Parte del Comité organizador, facilitadora,	Desarrollo técnico, de habilidades

			MINSA	ponente etc.	y personal
Comunidad TS	Consulta Nacional de Trabajo Sexual y Derechos Humanos	2007	Consortio Miluska, red TRANS, IESSDE MINSA UNFPA ONUSIDA CARE	Parte del Comité organizador, facilitadora, ponente etc.	Desarrollo técnico, de habilidades y personal

b. Reclamos, denuncias, defensa de derechos e incidencia impulsados por el/la DC durante el programa VI ronda

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
Comunidad LGTB y TS, PVVS	Marchas y Plantones	2008 al 2012	Comunidad LGTB y TS, PVVS	Apoyo	Positivos

c. Iniciativas y/o proyectos impulsados en beneficio de las organizaciones de Personas con VIH o PV por el/la DC durante el programa VI ronda.

Beneficiario	asunto	Año y lugar	Actores involucrados	Rol desempeñado por el/la DC	Resultados
TS mujeres y Trans	Empoderamiento y elaboración de POA	Pucallpa	Comunidades y Autoridades	Asistencia Técnica	Positivos
TS mujeres y Trans	Empoderamiento y elaboración de POA	Piura	Comunidades y Autoridades	Asistencia Técnica	Positivos
TS mujeres y Trans	Empoderamiento y elaboración de POA	Loreto	Comunidades y Autoridades	Asistencia Técnica	Positivos
TS mujeres y Trans	Empoderamiento y elaboración de POA	Arequipa	Comunidades y Autoridades	Asistencia Técnica	Positivos

Participación ciudadana y social

a. En tu ámbito de trabajo, ¿conoces la existencia de los siguientes instrumentos de política pública?

Instrumento	(si) (no)
-------------	-----------

1)	Plan Estratégico Multisectorial Regional VIH Sida	si
2)	Declaración de prioridad Sanitaria para la prevención y atención del VIH sida	si
3)	Plan Anual Provincial VIH Sida	si
4)	Ordenanza regional de acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva	si
5)	Ordenanza regional de igualdad de trato a PPVV y PV. No estigma y discriminación	si
6)	Otras (especifique)	Ordenanzas de no discriminación. Ordenanzas de reconocimiento del TS del Callao, UNGASS, etc.

b. Participación social como DC y/o representante de las Personas con VIH/PV en espacios especiales:

Espacios Especiales:	Rol desempeñado			
	Membrecía	Participante	Integrante equipo técnico	Vocero
– CONAMUSA				
– Formulación del PEM		x		
– COREMUSA				
– Formulación del PERM		x		
– Formulación de POAS provinciales		x		
– Talleres para formulación del Presupuesto participativo		x		
– Reuniones de transparencia y rendición de cuentas		x		
– Otros (especifique) – Preentación informe defensoría sobre VIH		x		

c. Espacios normativos de participación social en ámbitos locales y regionales

Derecho ciudadano	Mecanismo	Participación (si) / (no)
Participación en la toma de decisiones	Concejo de Coordinación Regional	no
	Concejo de Coordinación Local	no
	Plan de Desarrollo Concertado Regional	no
	Plan Concertado Regional de Salud	no
	Mesas de concertación y de diálogo	no
	Otras (especifique)	
Participación en la información oficial	Audiencias públicas	si
	Requerimientos de información a las autoridades	si
Fiscalización y control	Revocatoria de autoridades elegidas	no
	Revocatoria de autoridades y/o funcionarios	no
	Demanda de rendición de cuentas a autoridades y/o funcionarios	si
5) Otras		

d. De los siguientes problemas, selecciona uno que te parezca más relevante:

- Falta de medicamentos para el TARGA
- Limitada disponibilidad de Pruebas Rápidas
- Ausencia de médicos especialistas en el CERITS.
- Escasez de insumos para el control de las ITS/VIH
- Deficiente programación y/o ejecución del PPR 2012 VIH
- Escasez de condones masculinos.

e. ¿Cuál sería tu respuesta ante esta situación?: Marca las alternativas que corresponda:

- Esperar pasivamente la solución proveniente del MINSA
- Enviar una comunicación apostando por la solución al problema.
- Reclamos para los casos individuales.
- Reclamo grupal para concitar la benevolencia de responsables.
- Reclamo grupal como ejercicio de derechos.
- Incidencia con directivos y funcionarios responsables del problema.
- Articulación con otras organizaciones y redes sociales.
- Movilización y manifestación pública.
- Otras.

VII. Facultamiento institucional

Acceso a recursos y oportunidades desde el RP

a. En la siguiente lista se identifican un conjunto de oportunidades y recursos de CARE Perú en su condición de RP del programa VI ronda.

Califica el grado de acceso que tuvo a ellos, según la escala Alto (A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
– Contar con un contrato de 5° categoría	a
– Acceso a aseguramiento en salud	a
– b.1. Privado (EPS)	a
– b.2. Público (Essalud)	a
– Goce de licencias	a
– Apoyo social ante urgencias y/o emergencias	a
– Permisos especiales	a
– Capacitación profesional	a
– Asistencia a su Plan de trabajo y POI	a
– Otros	a

Acceso a recursos y oportunidades desde el SR

a. En la siguiente lista se identifican un conjunto de oportunidades y recursos del consorcio y del Objetivo. Califica el grado de acceso que tuviste a ellos, según la escala Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Oportunidades y recursos	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
– Acceso a información técnica y administrativa del Objetivo	a
– Disponibilidad de ambiente de trabajo: mobiliario y equipo de oficina.	a
– Disponibilidad de recursos presupuestales para implementar su plan de trabajo	a
– Consulta y retroalimentación de su plan de trabajo y POI	a
– Apoyo técnico y acompañamiento en el desarrollo de sus	a

funciones y actividades	
– Respaldo institucional y programático en sus gestiones	a
– Facilitación de contactos con autoridades, funcionarios, directivos, etc.	a
– Otros	

VII. Desempeño del delegado comunitario

Desempeño programático

- a. Señala en la siguiente lista de funciones y/o tareas, las que desempeñas como delegado/a comunitario/a. Conforme a tu experiencia, auto califica el nivel de desempeño que lograste usando la escala Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)

Función / tarea	Calificación Alto (A), Medio (M) y Bajo (B)
– Elaboración de planes e informes correspondientes al DC	m
– Desarrollo de contenidos específicos de capacitación conforme al POA del Objetivo.	m
– Participar en reuniones técnicas de preparación, implementación, retroalimentación y evaluación de las actividades y sub actividades contempladas en el Plan Operativo de Objetivo en el que participa.	a
– Planear, implementar y evaluar determinadas actividades y/o sub actividades acorde con sus competencias y roles.	a
– Coordinar con el equipo clave del Sub Receptor (Coordinador técnico, Administrador y Sub Coordinador de Monitoreo).	a
– Realiza intervenciones en el mayor número de regiones de la macrorregión	b
– Coordinar con el equipo de la Unidad de Gestión de los Programas del Fondo Mundial.	b
– Otras	

Desempeño comunitario

a. A continuación se listan las principales funciones y responsabilidades generales del delegado comunitario. Conforme a tu auto percepción, califica cualitativamente el desempeño en cada una de ellas, haciendo uso de la escala: Alto(A), Medio (M) y Bajo (B).

Función / tarea	Reconocimiento Si / No	Calificación Alto(A), Medio (M) y Bajo (B)
- Incorporación en las intervenciones del Objetivo, la perspectiva de las comunidades de PVVS o de las poblaciones vulnerables	si	a
- Acompañamiento a Personas con VIH y vulnerables en sus actividades preventivas y curativas.	no	b
- Desarrollo de actividades e incidencia pública ante autoridades	si	a
- Desarrollo de actividades de vigilancia social	si	b
- Promoción y apoyo a iniciativas y proyectos en favor de las Personas con VIH / poblaciones vulnerables	no	m
- Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por su organización de origen	si	a
- Acompañamiento y seguimiento a actividades desarrolladas por organizaciones de PV que están en su ámbito de intervención	si	a
- Rendición de cuentas de su quehacer como DC en su organización de origen y/o otras organizaciones de	si	b

PV.		
- Participación en la gestión interna del SR	no	b
- Otras	-	

b. ¿Cuáles han sido las oportunidades para presentar tus planes de trabajo ante tu comunidad?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/ acuerdos
Al inicio de sus funciones	nacional	Comunidad TS, Trans , PVVS	Incidencia Fortalecimiento Incidencia Derechos Humanos Reducción de la Violencia	Participación de la Comunidad y seguimiento

c. ¿Cuáles han sido las oportunidades para hacer rendición de cuentas de tu trabajo ante tu comunidad?

Fecha	lugar	Participantes	Temas principales	Compromisos/ acuerdos
2011	Trujillo	Organizaciones de PV de las regiones de la MRN	Avance y pendientes de acciones de incidencia	
2012	Piura	MOHL Piura	Avances del POA 2011	

Muchas gracias.

Entrevistador:

Anexo 5: información sobre los programas del Fondo Mundial, CONAMUSA y gestión de los Programas.

1. Los Programas del Fondo Mundial

Respecto al financiamiento de las metas previstas en los ODM, Desde finales de los noventa se ha producido un aumento muy rápido de los “Fondos Globales, en tanto, “mecanismos innovadores” para movilizar más fondos, que se orientan a financiar bienes públicos globales –aunque sólo una parte de ellos contribuye realmente a ese fin–, y asegurar una mayor asignación de recursos y resultados rápidos en metas concretas de los ODM, como la educación básica o la lucha contra el VIH/sida. Como se indicó, estos fondos están logrando movilizar recursos para esos fines pero incrementan los problemas de coordinación de donantes y de articulación de sus iniciativas con las estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza de cada país.

Específicamente el Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (Fondo Global): se crea en 2002 como instrumento financiero –no es una agencia operacional– para movilizar recursos adicionales para los programas contra estas tres enfermedades, fortaleciendo la capacidad de los sistemas sanitarios de los países receptores. Se financia con contribuciones voluntarias de los países miembros y aportaciones privadas –la Fundación Gates, entre otras–La gestión financiera del Fondo recae en el Banco Mundial, que ejecuta los acuerdos adoptados por los órganos del Fondo, y a los que anualmente presenta un informe de auditoría.

El Fondo Mundial está gobernado por la **Junta Directiva**, que es responsable de definir las políticas, objetivos y estrategias del Fondo. La Junta Directiva está formada por cuatro comités permanentes (Ética, Finanzas y Auditoría, Política y Estrategia, Cartera y Ejecución) y comités especiales, como los que se ocupan de obtener medicamentos contra la malaria a precios asequibles y de analizar la evolución de los mercados.

El Panel de Revisión Técnica es un equipo independiente e imparcial, que incluye especialistas en enfermedades específicas y expertos en cuestiones transectoriales de salud y desarrollo, nombrado por la Junta Directiva del Fondo Mundial para garantizar la integridad y la coherencia de un proceso de revisión de propuestas abierto y transparente.

A nivel operativo, la Secretaría del Fondo Mundial es responsable de llevar a cabo las operaciones cotidianas del Fondo Mundial. Está organizada en cinco departamentos:

- Programas de países
- Estrategia, Desempeño y Evaluación
- Relaciones Externas y Asociaciones - Finanzas
- Servicios Corporativos.

La estructura del Fondo Mundial en los países receptores

El modelo del Fondo Mundial promueve la apropiación y la participación local a nivel de cada país. Como resultado, el Fondo Mundial no ha abierto oficinas en los países, sino que depende de los siguientes tres organismos para garantizar que las subvenciones sean ejercidas de manera eficiente y efectiva.

Mecanismos de Coordinación de País (MCP)

En esencia un MCP es un comité formado por todas las partes interesadas en la salud pública en un país, incluyendo donantes, el gobierno local, el sector privado, las organizaciones basadas en la fe y las ONG. Los MCP identifican las necesidades en sus respectivos países presentan solicitudes de financiamiento al Fondo Mundial. Después de que las propuestas iniciales han sido desarrolladas y aprobadas, el MCP es también responsable de la continua supervisión de la subvención, así como de elaborar cualquier solicitud futura.

Receptores Principales (RP)

El RP recibe el dinero de la subvención del Fondo Mundial y distribuye el financiamiento entre otras organizaciones locales. El RP es responsable legalmente ante el Fondo Mundial del uso de los fondos y de informar con regularidad sobre el desempeño de la subvención. Si bien históricamente los RP han sido entidades públicas o gubernamentales, ha habido un creciente número de organizaciones del sector privado o de la sociedad civil que desempeñan el rol de RP.

Agentes Locales del Fondo (ALF)

Los ALF operan como ojos y oídos del Fondo Mundial en los países receptores, garantizando que los Receptores Principales tengan la capacidad apropiada para cumplir con sus responsabilidades y verificar la precisión de los informes presentados. La Secretaría del Fondo ha seleccionado una variedad de empresas independientes para que presten sus servicios como ALF, incluyendo las firmas auditoras PricewaterhouseCoopers, Deloitte and Touche Tohmatsu, Chemonics, y KPMG.

Cfr. Guía Operativa para la gestión de los programas del Fondo Mundial, pág. 15. Ginebra, marzo 2011)

2. La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA.

Los recursos facilitados por el Fondo Mundial son destinados a las poblaciones más necesitadas y vulnerables, de acuerdo con los objetivos planteados por el Mecanismo de Coordinación País (MCP) en la propuesta técnico-económica aprobada. En Perú, 8 de agosto de 2002, se instala el Mecanismo de Coordinación de País denominado Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA.

Funciones principales:

Están establecidas en el Decreto Supremo 007-2007-SA del

- Presentación de propuestas del Perú ante el Fondo Mundial.
- Monitorear estratégicamente la implementación de las actividades aprobadas por el FM.
- Fomentar enfoques de programas multisectoriales.
- Asegurar los vínculos y la consistencia entre los programas del FM y el Marco de Rectoría Nacional.
- Promover que sus actores garanticen la sostenibilidad de los programas.
- Asegurar un trabajo conjunto y participativo entre sus instancias: Asamblea General, Secretaría Ejecutiva, Comités y Comisiones. .

Cuenta con otros dispositivos legales:

- Decreto Supremo 005-2005-SA Modificatoria del DS 007-2004-SA, para que la presidencia de la CONAMUSA pueda ser asumida por cualquiera de sus miembros.
- Resolución Ministerial 218-2005-MINSA Reglamento de funcionamiento de la CONAMUSA
- Decreto Supremo 005-2007-SA Aprobación del Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú

Integrantes

La CONAMUSA se constituye como una mesa amplia, inclusiva y multisectorial bajo los principios de derechos humanos en salud, participación social, salud integral y abogacía. Congrega 27 representantes de los siguientes sectores:

sector público, ONG's, grupos religiosos, personas afectadas, instituciones académicas, agencias cooperantes multilaterales y bilaterales.

– **Sectores públicos:**

Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. El Ministro de Salud asume la presidencia de la CONAMUSA.

– **Organizaciones No Gubernamentales – ONG:**

Red SIDA Perú, Colectivo por la Vida (SIDA), Mesa de Trabajo por la Salud Integral (TB), CARE Perú (malaria)

– **Organizaciones de personas afectadas:**

Personas que viven con VIH/SIDA, Asociación de Enfermos de Tuberculosis “Victoria Castillo Canales”, Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana.

– **Grupos religiosos:**

Iglesia Católica y la Iglesia Anglicana del Perú.

– **Instituciones académicas:**

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt”.

Instrumentos de gestión

- Reglamento de Funcionamiento
- Convenio de Relacionamento entre CONAMUSA y los Receptores Principales
- Políticas para el manejo del conflicto de interés
- Presupuestos y Plan de Trabajo Anuales
- Memorias Anuales

- Tablero de Control para el monitoreo estratégico de los Programas financiados por el FM
- Tablero de Control para el monitoreo estratégico de los Programas financiados por el FM



Anexo 6: terminología especial

Selección de términos basada el documento:” Orientaciones terminológicas preferidas por el ONUSIDA”, octubre de 2012..

Poblaciones vulnerables

Personas que están sometidas a presiones de índole social o circunstancias sociales que las hacen más vulnerables a la exposición a las infecciones; entre ellas, el VIH. Se les denomina también “poblaciones clave”

Gay

El término «gay» puede referirse a la atracción sexual por personas del mismo sexo, a un comportamiento sexual en personas del mismo sexo o a una identidad cultural de personas del mismo sexo. Utilícese el término «hombres que tienen relaciones sexuales con hombres», a menos que los individuos o grupos se identifiquen a sí mismos específicamente como «gays».

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.

Homosexual / homosexualidad

El término «homosexual» está formado por el prefijo «homo», procedente del vocablo griego «homos», que significa «igual». Hace referencia a las personas que tienen relaciones sexuales y/o se sienten atraídas por personas del mismo sexo. No debe confundirse con el vocablo latino «homo», el cual se refiere a la humanidad en su conjunto

Lesbiana

Equivalente al término «mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres», a menos que las mujeres o grupos se identifiquen a sí mismas específicamente como «lesbianas».

El término «mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres» (MSM) es útil porque incluye no solo a las mujeres que se autodefinen como lesbianas u homosexuales y tienen relaciones sexuales únicamente con mujeres, sino también a las mujeres bisexuales y aquellas que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con mujeres. Como ocurre con «hombres que tienen relaciones sexuales con hombres», utilícese preferiblemente el término completo

Trabajador o trabajadora sexual

El término «trabajador o trabajadora sexual» procura no juzgar, y se centra en las condiciones de trabajo en las que se venden servicios sexuales. Los trabajadores sexuales engloban a hombres, mujeres y transgéneros, adultos y jóvenes mayores de 18 años, que consienten recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma periódica o esporádica. Formulaciones alternativas aceptadas son: «mujeres / hombres / personas que venden relaciones sexuales». Los clientes de los trabajadores sexuales pueden, del mismo modo, llamarse «mujeres / hombres / personas que compran relaciones sexuales». Evítase el uso del término «trabajador sexual comercial» porque se considera redundante.

Los niños menores de 18 años que venden relaciones sexuales se consideran víctimas de la explotación sexual (véase «prostitución»), salvo que se determine de otra forma.

Transexual

La persona transexual es aquella que ya ha comenzado el tratamiento quirúrgico y/u hormonal para que su cuerpo sea más acorde con el sexo que se identifica o está en proceso de hacerlo.

Persona bisexual

Aquella que se siente atraída por hombres y mujeres, y/o que tiene relaciones sexuales con hombres y mujeres, lo cual se considera una identidad cultural. Se debe utilizar las expresiones «hombres que tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres» y «mujeres que tienen relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres», salvo que las personas o grupos en cuestión se identifiquen como «bisexuales».

Transgénero

Es el término que se aplica a la persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico. Los transgéneros pueden ser hombres que se transforman en mujeres (aspecto femenino) o mujeres que se transforman en hombres (aspecto masculino). A los transgéneros es preferible llamarlos por «él» o «ella» atendiendo a su identidad de género; es decir, al género que representan y no a su sexo biológico.

Travesti

Es la persona que se viste con ropa por lo general asociada al sexo contrario con el fin de disfrutar de la experiencia temporal de pertenecer al otro sexo. Un travesti no tiene por qué desear un cambio de sexo permanente u otro tipo de intervención quirúrgica de reasignación de sexo.

Personas que viven con el VIH

Refleja que una persona infectada puede continuar viviendo bien y de forma productiva durante muchos años. El término «personas afectadas por el VIH» engloba a los miembros de la familia y a otras personas dependientes que puedan intervenir en la prestación de cuidados o que se vean de otra forma afectada por la condición VIH-positiva de una persona que vive con el VIH.

Homofobia

Hace referencia al temor, rechazo o aversión, a menudo en forma de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias, hacia los homosexuales y/o la homosexualidad.

Transfobia

El término hace referencia al temor, rechazo o aversión, a menudo en forma de actitudes estigmatizadoras o conductas discriminatorias, hacia las personas transexuales, transgéneras y travestis.

Orientación sexual

Hace referencia a la atracción emocional y sexual que hace que cada persona tenga el deseo de intimar y tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo contrario o ambos.

Relaciones sexuales pagadas sin protección

En las relaciones sexuales pagadas y sin protección no se protege el acto sexual mediante el preservativo masculino o femenino.

Entorno propicio

Existen diferentes entornos propicios en el contexto del VIH. Un entorno jurídico propicio es aquel en el que existen, se siguen y se aplican leyes y políticas contra la discriminación en función del estado serológico de una persona, los comportamientos de riesgo, la ocupación y el género. Un entorno social propicio sería aquel en el que las normas sociales favorecen opciones de conducta saludables.

Epidemia

Es un aumento inusual en el número de nuevos casos de una enfermedad en una población humana. La población puede incluir a todos los habitantes de una determinada área geográfica, la población de una escuela o una institución similar o todas las personas de una cierta edad o sexo; por ejemplo, los niños o las mujeres de una región. Decidir si el aumento en el número de casos constituye una epidemia es subjetivo, y depende en parte de cuál sería el número usual o previsible de casos en la población observada. Una epidemia puede restringirse a un sitio (brote) o tener un alcance más general (epidemia) o mundial (pandemia). Cuando los casos de enfermedades comunes se empiezan a registrar en una determinada población a un ritmo constante y, además, relativamente alto, se hace referencia a ellas como enfermedades «endémicas».

Epidemia concentrada

En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones pero aún no se ha extendido entre la población general. Típicamente, su prevalencia es superior al 5% en las subpoblaciones e inferior al 1% en la población general, si bien estos parámetros deben interpretarse con la máxima cautela. En una epidemia concentrada del VIH, aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada.

Infección de transmisión sexual (ITS)

Anteriormente, se utilizaban los términos «enfermedad venérea» (EV) y «enfermedad de transmisión sexual» (ETS). No obstante, dichos términos no reflejan que se trata de una infección asintomática de una forma tan transparente como ocurre con el término «infección de transmisión sexual». Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se propagan por la transferencia de microorganismos de persona a persona durante el contacto sexual. Además de las ITS tradicionales (sífilis y blenorragia), el espectro de las ITS ahora incluye: el VIH, causante del sida; *Chlamydia trachomatis*; el virus del papiloma humano (VPH), que puede causar cáncer del cuello uterino, del pene o anal; herpes genital; chancroide; micoplasmas genitales; hepatitis B; tricomoniasis; infecciones entéricas y enfermedades ectoparasitarias (enfermedades causadas por microorganismos que viven en el exterior del cuerpo huésped). La complejidad y el alcance de las infecciones de transmisión sexual han aumentado drásticamente desde la década de los ochenta; más de 20 microorganismos y síndromes se reconocen ahora como pertenecientes a esta categoría.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Sida es una definición epidemiológica basada en los signos y síntomas clínicos. El sida se suele describir como «una enfermedad incurable, mortal», pero esto crea mucho temor y solo sirve para aumentar el estigma y la discriminación. Asimismo, el sida se ha descrito como «una enfermedad crónica, tratable, similar a la hipertensión o la diabetes», pero esto puede llevar a las personas a creer que no es tan serio como pensaban. Es preferible usar la siguiente descripción: El sida es una enfermedad causada por el VIH, el virus de la inmunodeficiencia humana. El VIH destruye la capacidad del organismo para combatir la infección y la enfermedad, lo que al final puede llevar a la muerte. Los medicamentos antirretrovíricos o antirretrovirales hacen más lenta la reproducción vírica, y pueden mejorar mucho la calidad de vida, pero no eliminan la infección por el VIH. Evítese el uso de «deficiencia»

VIH-negativo

Se dice que una persona es VIH-negativa cuando no muestra indicios de infección por el VIH en una prueba en sangre (p. ej., ausencia de anticuerpos contra el VIH). El término es sinónimo de persona «seronegativa». Una persona VIH-negativa puede haber contraído la infección y encontrarse en el período silente que va de la exposición al VIH a la detección de anticuerpos.

VIH-positivo

Una persona VIH-positiva presenta anticuerpos contra el VIH en una prueba en sangre o exudado gingival (comúnmente llamada «prueba de saliva»). Es sinónimo de persona «seropositiva». Ocasionalmente, la prueba puede mostrar resultados falsos positivos, especialmente en los niños menores de 18 meses que llevan anticuerpos de la madre.

Vulnerabilidad

La vulnerabilidad hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, así como a otros factores sociales, culturales, políticos o económicos que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección por el VIH y que pueda desarrollar el sida.

Los factores subyacentes a la vulnerabilidad pueden reducir la capacidad de los individuos y las comunidades para evitar el riesgo del VIH y pueden estar fuera del control de los individuos. Entre estos factores se incluyen, entre otros, la falta de conocimientos y las destrezas requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; la accesibilidad, la calidad y la cobertura de los servicios; y factores sociales como la violación de los derechos humanos o ciertas normas sociales y culturales. Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmaticen y desfavorezcan a ciertas poblaciones, limitando su capacidad para acceder a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH o hacer uso de ellos. Todos estos factores, por sí solos o en combinación con otros, pueden motivar o exacerbar la vulnerabilidad individual o colectiva al VIH.

ONUSIDA

Es una asociación innovadora de las Naciones Unidas que lidera e inspira al mundo para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

DIAZ - ALBERTINI, Figueras, Javier.

2010. "Redes cercanas: El capital social en Lima". Universidad de Lima. Fondo Editorial.

ALLIANCE – GNP+

2010. "Mayor participación de las personas que viven con el VIH". Guía de Buenas Prácticas. www.aidsalliance.org/publication.

ALLIANCE

2007 CBO. Capacity Analysis. A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to VIH.

ATRIA, Raúl.

2000. "Capital social: concepto, dimensiones y estrategias para su desarrollo". En "Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe". CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2001), Santiago de Chile.

DEFENSORIA DEL PUEBLO – PERÚ

Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida Informe Defensorial N° 143

DURSTON, John.

(2000 "Capital social parte del problema, parte de la solución". CEPAL Serie Políticas sociales. N° 2000. Santiago de Chile.

LICHA, Isabel

2000 "El enfoque de gerencia social" en "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales", junio 2000. Banco Interamericano de Desarrollo", Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES)

KLIKSBERG, Bernardo

1998: "Seis tesis no convencionales sobre participación", Revista Instituciones y Desarrollo, Instituto Internacional de Governabilitat de Catalunya, Edición 2, diciembre, Barcelona.

MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL -.DGPS.

2010. **Guía Metodológica de Sistematización de Experiencias, Perú.**

MONTERO, Maritza.

2003. "Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad". Buenos Aires, Argentina: Paidós.

MITZAL, Barbara.

1996. "Trust in modern society". Cambridge. PolityPress.

MONTALVO, Sonia.

2001. "Políticas para el empoderamiento de la mujeres en la lucha contra la pobreza". En "Capital social: concepto, dimensiones y estrategias para su desarrollo". En "Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe". CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2001), Santiago

NARAYAN, Deepa y CASSIDY, Michael.

1999. "A Dimensional Approach to Measuring Social Capital: Development and Validation of a Social Capital Inventory." Banco Mundial, Red de Gestión Económica y de Reducción de la Pobreza, Washington, D.C.

PNUD

2002. Informe de Desarrollo Humano Peru.

PORTES, Alejandro.

2000. "Social capital, its origins and applications in modern sociologist". En Lesser.Eric (ed.) "Knowledge and social capital". Boston. Butterworth-Heinenmann.

**PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA
ONUSIDA**

2007 'Informe de política: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPVS).

http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1299_policy_brief_gipa_sp_es.pdf

RACZYNSKI, Dagmar y **SERRANO**, Claudia.

1998. "Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos".. Diciembre de 1998. Asesorías para el desarrollo. Santiago de Chile.

SERRANO, Claudia.

2000. "Pobreza, capital social y ciudadanía". proyecto sobre Integración social, pobreza y ciudadanía realizado por Asesorías para el Desarrollo con el apoyo financiero de la Fundación Ford.

SEN, Amartia

2000. "Desarrollo y libertad. Editorial Planeta. Bogotá

USAID POLICY

2006. "Políticas seleccionadas para el abordaje del estigma y la discriminación y la construcción del capital social"

ZAMBRANO, Alba

2007 "Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: La perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España". Tesis doctoral, Departamento de Psicología Social, Universidad de Barcelona, Barcelona.

ZIMMERMAN, M. A.

2000. Empowerment theory: psychological, organizational, and community level of analysis. En J. Rappaport & E. Seidman, *Handbook of Community Psychology*, (43-63). New York.

ARRIAGADA, Irma.

2006. "Breve guía para la aplicación del enfoque de capital social en los programas de pobreza" Págs. 51 y sgts. CEPAL- NN.UU.

VBP/CCYA

