



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS FISICAS Y MATEMATICAS

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL

**LA PREVENCIÓN DEL VIH EN CHILE: ANÁLISIS DE LA RESPUESTA REGIONAL
INTEGRADA EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTIÓN Y POLITICAS PÚBLICAS**

MARCELA ELIZABETH DEL CARMEN MUÑOZ MERKLE

PROFESOR GUIA:

GABRIELA RUBILAR DONOSO

MIEMBROS DE LA COMISION:

MARÍA ELISA ANSOLEAGA MORENO

JOSÉ CONCHA GÓNGORA

SANTIAGO DE CHILE

NOVIEMBRE 2012

i. RESUMEN

LA PREVENCIÓN DEL VIH EN CHILE: ANÁLISIS DE LA RESPUESTA REGIONAL INTEGRADA EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

En Chile, la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa teniendo características de epidemia, cuya prevención representa un gran desafío para el Estado. El presente estudio describe y analiza críticamente la implementación de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH (RRIP) de la región de Valparaíso, en razón a que esta región mantiene una alta prevalencia de casos notificados, sin que hasta la fecha haya podido revertir el curso de la epidemia.

Esta investigación se realizó bajo el enfoque metodológico de los Estudios de Casos y contempló entre sus principales fuentes de información, la revisión de documentos y entrevistas exploratorias a los funcionarios encargados del Programa de Prevención, del Ministerio de Salud y de la SEREMI de la región. Además, se realizaron once entrevistas semiestructuradas, a los informantes claves de la RRIP que participan en el Consejo Regional del VIH y de la Mesa Regional de Consejería, de la ciudad de Valparaíso, únicas instancias de coordinación regional para la prevención del VIH/SIDA en esa jurisdicción. El trabajo de campo finalizó con dos observaciones no participante, escogiéndose para ello la reunión de evaluación anual que efectúan ambas instancias al término del año.

La información construida en este estudio de caso fue analizada desde tres perspectivas o dimensiones: la dimensión política, entendida como la capacidad de la RRIP de atraer autoridad, recursos y apoyo político, la dimensión administrativa, referida a la viabilidad de ser implementada operativamente en la región y la dimensión sustantiva, en términos de su capacidad para generar valor público.

Los principales hallazgos del estudio indican que la institucionalidad que sustenta la RRIP y la prevención del VIH en la región es débil, la capacidad de liderazgo político de los encargados de implementar la respuesta es limitada, la estrategia no se descentraliza ni se difunde a los niveles locales. En la dimensión administrativa se evidenció que los recursos asignados a la RRIP, han descendido en el tiempo y la SEREMI de Salud no dispone de las capacidades administrativas que le permitan articular efectivamente una respuesta regional. En tanto en la perspectiva sustantiva, se detectó que la RRIP es altamente valorada por quienes participan en las dos instancias de coordinación, sin embargo también perciben que la prevención del VIH no está presente en la agenda pública gubernamental como una prioridad regional. Se evidenció además, una baja participación intersectorial y de la sociedad civil en la RRIP, aspecto que debilita su potencial para contribuir al diálogo social acerca del VIH/SIDA.

Se concluye que la RRIP de Valparaíso no tiene alcance regional ni configura una respuesta integrada para la prevención del VIH, siendo necesario mejorar el conocimiento de la epidemia y fortalecer esta estrategia en las tres dimensiones mencionadas, para incrementar su eficacia y la generación de valor. Finalmente, la prevención del VIH continuará siendo un desafío permanente para la salud pública y la gestión gubernamental, mientras el SIDA sea una enfermedad incurable, las personas adopten comportamientos de riesgos y exista déficit de servicios de prevención.

ii. AGRADECIMIENTOS

Agradezco de todo corazón, a mis profesoras Gabriela Rubilar Donoso y María Angélica Pavéz, que con su experiencia, sabiduría y calidez, me acompañaron y orientaron, haciendo posible la elaboración de este estudio, gracias por sus sugerencias

A la Dra. Carmen Castillo Taucher, por su generosidad y contribuir a cumplir mi sueño,

A mis profesores lectores, María Elisa Ansoleaga Moreno y José Concha Góngora, quienes me ayudaron a enriquecer este trabajo,

A mi querida amiga Soledad Núñez Vergara, quien a través de su incansable trabajo en salud pública, me incentivó a estudiar la temática del VIH/SIDA,

A mi familia, por darme su apoyo permanente e incondicional, especialmente en esta etapa importante de mi vida,

A todos mis entrevistados, personas tremendamente comprometidas con la causa de la prevención del VIH y con el servicio a la sociedad, quienes confiadamente y con generosidad, me abrieron su corazón y me entregaron sus reflexiones personales,

A todos, Muchas Gracias.

iii. INDICE

| | Pág. |
|---|------|
| 1. Introducción | 7 |
| 2. Antecedentes del VIH/SIDA | 9 |
| 2.1. La Enfermedad y las vías de exposición | 9 |
| 2.2. Principales Hitos en la Respuesta Mundial a la Epidemia del VIH | 10 |
| 2.3. Situación de la Epidemia de VIH en el Mundo | 12 |
| 2.4. Situación de la epidemia de VIH en Chile | 16 |
| 3. Aspectos Metodológicos | 21 |
| 3.1. Objetivo General | 21 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 21 |
| 3.3. Antecedentes del Contexto Político Institucional | 21 |
| 3.4. Metodología utilizada | 21 |
| 4. Marco de Referencia de la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS en Chile | 28 |
| 4.1. Niveles de Trabajo en la Prevención del VIH y las ITS | 29 |
| 4.2. Ejes Centrales de la Estrategia de Prevención del VIH y las ITS | 31 |
| 4.3. Compromisos Nacionales e Internacionales que sustentan la Estrategia de Prevención del VIH y las ITS | 33 |
| 4.4. Principales Actores de la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS | 37 |
| 5. La estrategia Regional de Prevención: La Respuesta Regional Integrada en la Región de Valparaíso | 41 |
| 5.1. Antecedentes Generales y Epidemiológicos de la Región | 41 |
| 5.2. Antecedentes de la Respuesta Regional Integrada de Prevención | 44 |
| 5.3. Objetivos de la Respuesta Regional Integrada de Prevención | 45 |
| 5.4. Ejes Estratégicos de la Respuesta Regional Integrada de Prevención | 46 |
| 5.5. Instancias de Coordinación Regional de la RRIP | 48 |
| 6. Análisis de la Implementación de la RRIP en la Región de Valparaíso | 52 |
| 6.1. Dimensión Política | 54 |
| 6.1.1. Sub-dimensión Capacidad de Liderazgo | 54 |
| 6.1.2. Sub-dimensión Institucionalidad | 60 |
| 6.1.3. Sub-dimensión Descentralización | 65 |
| 6.2. Dimensión Administrativa | 70 |
| 6.2.1. Sub-dimensión Capacidades Organizacionales | 70 |

| | |
|--|-----|
| 6.3. Dimensión Sustantiva | 81 |
| 6.3.1. Sub-dimensión Percepción de la RRIP | 81 |
| 6.3.2. Sub-dimensión Coordinación Intersectorial y con la Sociedad Civil | 88 |
| 7. Conclusiones y Recomendaciones | 94 |
| 8. Glosario | 100 |
| 9. Bibliografía | 104 |
| 10. Anexos | 108 |

1. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se encuentra presente en casi todos los países, constituyéndose en la enfermedad que más legislación ha originado en el mundo y que a la vez ha movilizó una cantidad significativa de recursos políticos, financieros y humanos con el propósito de detener y revertir el curso de esta epidemia (ONUSIDA, 2008).

Con ese fin, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), ha recomendado a los países reducir la tasa de nuevas infecciones en forma drástica y sostenida e intensificar simultáneamente la prevención y el tratamiento del VIH. Sin embargo ese organismo reconoce que no todos los países otorgan la debida prioridad a la prevención de esta enfermedad, lo que se refleja en algunos casos, en implementación de respuestas nacionales débiles o insuficientes (ONUSIDA, 2009).

Por su parte, el mayor acceso a tratamientos con medicamentos antirretrovirales, ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, disminuyendo la morbilidad y mortalidad asociadas a esta causa, situación que hace menos visibles los efectos de esta enfermedad y que podría inducir a pensar erróneamente, que el VIH/SIDA ya no es tan grave. Esta percepción, podría tentar a las autoridades nacionales a restar prioridad a la prevención, como también a reducir el financiamiento a estos programas, cuyas acciones no se asocian fácilmente a resultados demostrables, puesto que la función de la prevención es justamente evitar que se adquiriera el VIH (ONUSIDA, 2009).

Chile no ha estado alejado de esas tentaciones, pues se observa con preocupación, que en alguna medida están presentes en las políticas de salud, encontrándose en la documentación oficial del Ministerio de Salud de Chile, en los argumentos utilizados para fundamentar la definición de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 en materia de VIH y SIDA. En efecto, en la Estrategia Nacional de Salud, se señala que el Tratamiento Antirretroviral (TAR) ha cambiado sustancialmente la razón riesgo-beneficio del testeo, transformando el SIDA en una condición crónica tratable. Similar fundamento se expresa en los considerandos del Decreto N°45/2011, del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto N°182/2005, Reglamento del Examen para la Detección del VIH, al expresar que “dado el avance que han experimentado los medicamentos existentes, en la actualidad el contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ha pasado a ser una condición de salud crónica, que permite llevar a las personas una vida normal” (MINSAL, 2011).

En nuestro país, la respuesta a la epidemia del VIH, ha priorizado los aspectos referentes a la atención integral de las personas VIH positivas y las autoridades han concentrado los esfuerzos en garantizar oferta y acceso universal a los tratamientos antirretrovirales (TAR), en desmedro de las acciones de prevención de la enfermedad. Al respecto, los esfuerzos realizados para prevenir la transmisión del VIH no han sido suficientes, por cuanto no se ha logrado revertir el curso de la epidemia, el número de casos nuevos de personas con VIH, se incrementa año a año, aumentando la prevalencia de esta enfermedad y con ello la cantidad de personas que van a requerir terapia antirretroviral. Esto implica un desafío económico importante para el Estado, por tener el mandato de garantizar tratamiento a todos los que lo requieran.

En el ámbito regional y conforme a las orientaciones del MINSAL, se ha implementado la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH, a cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), constituyendo la principal estrategia de prevención.

El presente Estudio de caso tiene como objetivo describir y analizar la Respuesta Regional Integrada a la Prevención del VIH (RRIP) en la región de Valparaíso, seleccionada principalmente por tratarse de una de las tres regiones en que se registraron los primeros casos de SIDA en el país en el año 1984 y porque habiendo transcurrido 28 años desde entonces, aún presenta alta prevalencia de VIH y SIDA, cuya incidencia sigue aumentando, sin indicios que en el corto plazo se pueda revertir la epidemia.

En ese contexto surgieron las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la situación de la epidemia de VIH/SIDA en Chile?
- ¿Cuál es la estrategia regional de prevención del VIH en nuestro país?
- ¿Cómo funciona la Respuesta Regional Integrada a la Prevención del VIH, en la región de Valparaíso? ¿Cuál es la situación del VIH/SIDA en esa región?
- ¿Qué factores han facilitado y/o dificultado la implementación de una respuesta regional integrada e intersectorial a la prevención del VIH en la región?
- La ley del SIDA, ¿incorpora normas claras que imponga obligaciones, responsabilidades y recursos para la provisión de servicios de prevención del VIH?
- ¿Cuáles son los desafíos pendientes de la RRIP del VIH, de la región de Valparaíso?

El desarrollo de este Estudio consta de siete capítulos, el primero de ellos referido a la introducción, a continuación en el capítulo dos se incluye una descripción panorámica de la situación de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo y particularmente en Chile. En el capítulo tres se describe la metodología empleada en la presente investigación y se explicitan con mayor detalle los elementos considerados para la elección de la región de Valparaíso. Los capítulos cuatro y cinco, constituyen el marco de referencia de este estudio. Específicamente en el capítulo cuatro, se revisan los pilares fundamentales que conforman el marco de referencia de la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS en Chile, diseñada por el Ministerio de Salud y los actores relevantes que participan en ella. Por su parte, en el capítulo cinco, se desarrolla el marco de referencia de la Respuesta Regional de Prevención del VIH e incluye una breve mención a la situación epidemiológica del VIH/SIDA en la región. El capítulo seis, contiene el análisis de los principales hallazgos del trabajo de campo, los que son examinados desde las perspectivas política, administrativa y sustantiva, que configuran las dimensiones de análisis definidas para este caso. En tanto el capítulo siete contiene las conclusiones y recomendaciones que derivan del análisis de la organización y funcionamiento de la RRIP en la región, finalizando este trabajo con la enunciación de los principales desafíos pendientes para la implementación de una respuesta regional integrada en prevención del VIH en la región de Valparaíso.

2. ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA

El presente capítulo proporciona una visión panorámica acerca de la magnitud de la epidemia en el mundo, en América Latina y particularmente en Chile. La evidencia de los datos refleja la necesidad de continuar con los esfuerzos de prevención comprometidos por las naciones, para alcanzar las metas propuestas por los Estados Miembros de ONUSIDA, referidas a detener la propagación del VIH para el año 2015 y eliminar la transmisión de madre a hijo para ese mismo año. Los antecedentes permiten inferir que de no redoblar estos esfuerzos, el cumplimiento de ambas metas en nuestro país, se vislumbra incierto.

La información que se presenta está basada en los últimos informes publicados por ONUSIDA sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA, correspondientes a los años 2008, 2009, 2010 y 2011, los cuales recogen los datos comunicados a ese organismo por los países miembros, incluido Chile, relacionados con los 25 indicadores básicos del UNGASS para medir los avances de los países en la aplicación de los compromisos contraídos en el contexto de la respuesta mundial a esta epidemia.

Se inicia el capítulo con una síntesis descriptiva de la enfermedad, su agente causal y las vías de transmisión, enseguida se mencionan los principales hitos en la respuesta mundial al VIH/SIDA y el contexto histórico en la que surge, continuando con una sucinta revisión de la situación de la epidemia en el mundo, en Latinoamérica y en Chile. Cabe señalar que la información epidemiológica oficial más reciente, sobre la evolución de la epidemia en el mundo, corresponde al año 2010, la cual se encuentra en el Informe año 2011 de ONUSIDA. Respecto de los datos de la epidemia en Chile, éstos se obtuvieron de las estadísticas que mantiene el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL, referidos al año 2010.

2.1. La Enfermedad y las vías de exposición.

Se ha considerado necesario incluir en este capítulo, una breve descripción de la enfermedad y sus principales vías de exposición, a fin de contextualizar la RRIP del VIH, relevar la gravedad de esta enfermedad y por lo mismo la importancia de su prevención, ya que una vez adquirida, puede llevar a una muerte prematura, especialmente cuando la persona desconoce que es portador(a) y no se realiza pruebas de detección oportunamente.

La enfermedad es producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuya característica principal es que impide a la célula llevar a cabo sus funciones naturales, debilitando en forma progresiva el sistema inmunitario del ser humano, destruyendo su capacidad para combatir la infección y la enfermedad. Una vez adquirido el VIH, la primera fase se extiende entre 3 y 12 semanas, durante la cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y no son todavía detectables por las pruebas de laboratorio, denominado período ventana, siendo ese lapso de alta infección, no obstante que la transmisión puede producirse en todos los estadios de la enfermedad. A continuación comienza una etapa de infección asintomática en que se produce en el cuerpo una lucha relativamente equilibrada entre el sistema inmunitario y el virus invasor, la que puede prolongarse por varios años. Finalmente, cuando la persona comienza a presentar graves enfermedades oportunistas y neoplasias facilitadas por la inmunodepresión, aparece el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), constituyendo éste, la etapa final de la infección por VIH.¹

¹ Circular N°B51/35 del 14.10.2010 del Ministerio de Salud de Chile: Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_problemas/g_vih/vih.html (04.06.2010)

El SIDA, es descrito como una enfermedad letal, causada por el VIH, el cual destruye el sistema inmunitario y cuando éste ya no protege al organismo de las enfermedades que normalmente no serían mortales, se corrobora el diagnóstico de SIDA, que corresponde a la fase de inmunodeficiencia si se mantiene la historia natural de la infección sin tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2007).

Se han identificado dos tipos de cepas, el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) y el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH-2), siendo ambos similares en su estructura vírica, modos de transmisión y en las infecciones oportunistas que se presentan, sin embargo difieren en su propensión a progresar a enfermedad y muerte, ya que el VIH-2 tiene un curso clínico más lento y menos severo que el VIH-1 (MINSAL, 2010).

En cuanto a las vías de exposición que favorecen la transmisión del virus, la literatura identifica las siguientes:

- Relaciones sexuales sin protección. Constituyen el factor principal de riesgo de adquirir el VIH en Chile y en el mundo.
- Exposición a productos sanguíneos o fluidos corporales contaminados, incluyendo el uso de agujas no esterilizadas para inyección en contexto sanitario o inyección de drogas y
- Transmisión vertical desde una madre portadora a su hijo, antes o durante el parto y a través de la lactancia materna.

En la actualidad, los tratamientos antirretrovirales han mejorado mucho la calidad de vida de las personas VIH positivas, debido a que hacen más lenta la reproducción del virus, lo que ha llevado en algunos casos, a describir la infección por VIH como una enfermedad crónica, caracterización que puede inducir a las personas a pensar que la enfermedad no es tan grave y a relajar las conductas de autocuidado y de prevención. Por esa razón ONUSIDA recomienda describirla como una enfermedad letal, dado que las terapias antirretrovirales no eliminan la infección.

En este contexto adquiere especial importancia la prevención primaria y la prevención secundaria, objetivos a los cuales se dirigen las acciones impulsadas por la RRIP del VIH, a través de sus dos instancias de coordinación regional, que se describen en el capítulo cinco de este trabajo.

2.2. Principales Hitos en la Respuesta Mundial a la Epidemia del VIH.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, establece a las naciones del mundo, la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la transmisión del VIH. Con este desafío, la respuesta al VIH se constituye como una de las prioridades internacionales del siglo XXI y se reconoce la relevancia de ésta para la salud de las personas, en un mundo cada vez más interconectado y globalizado.

En el 2001, durante el primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas refrendaron unánimemente la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA. La Declaración incluía

promesas con plazos definidos para generar acciones concretas y medibles respecto del progreso de la respuesta al VIH, abarcando desde la prevención hasta el tratamiento y el financiamiento.

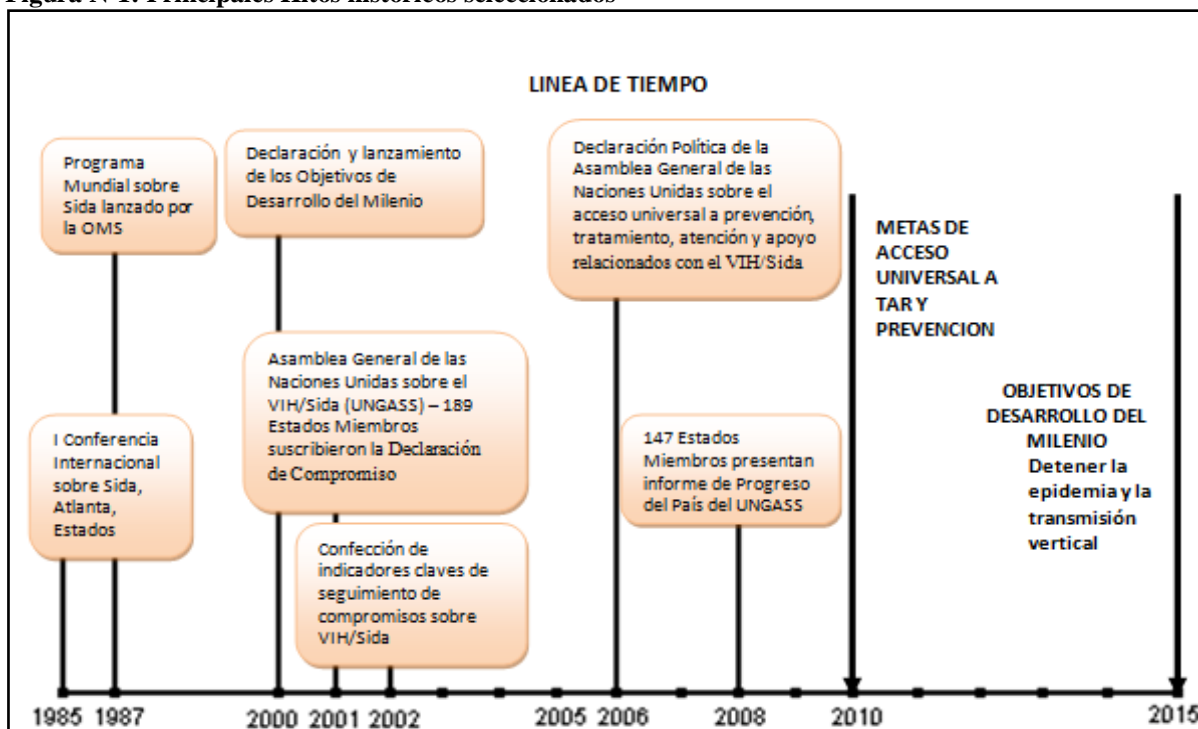
En el año 2006, los Estados Miembros de las Naciones Unidas, ratificaron los compromisos contraídos en el 2001 y adoptaron nuevamente por unanimidad, una Declaración Política sobre VIH/SIDA, según la cual estos Estados, incluido Chile, se comprometieron a realizar esfuerzos extraordinarios para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionado con esta enfermedad, acordando alcanzar la meta de acceso universal para el año 2010 (ONUSIDA, 2008), meta que no fue lograda con éxito por todos los Estados. Asimismo, reafirmaron la Declaración de Compromiso y los Objetivos de desarrollo del Milenio, en particular el objetivo de hacer retroceder la epidemia del VIH para 2015.

Durante el año 2011, estos Estados aprobaron una nueva Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH, para el quinquenio 2011-2015 y definieron las cuatro orientaciones estratégicas que guiarán el trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los países en esta materia, las que se enuncian a continuación:

- Optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH
- Propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios mediante la respuesta a la infección por el VIH
- Crear sistemas de salud sólidos y sostenibles
- Luchar contra las desigualdades y promover los derechos humanos.

La figura N°1 muestra los principales hitos acontecidos en relación a la respuesta mundial al VIH liderados por ONUSIDA.

Figura N°1: Principales Hitos históricos seleccionados



Fuente: Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA, ONUSIDA, 2008.

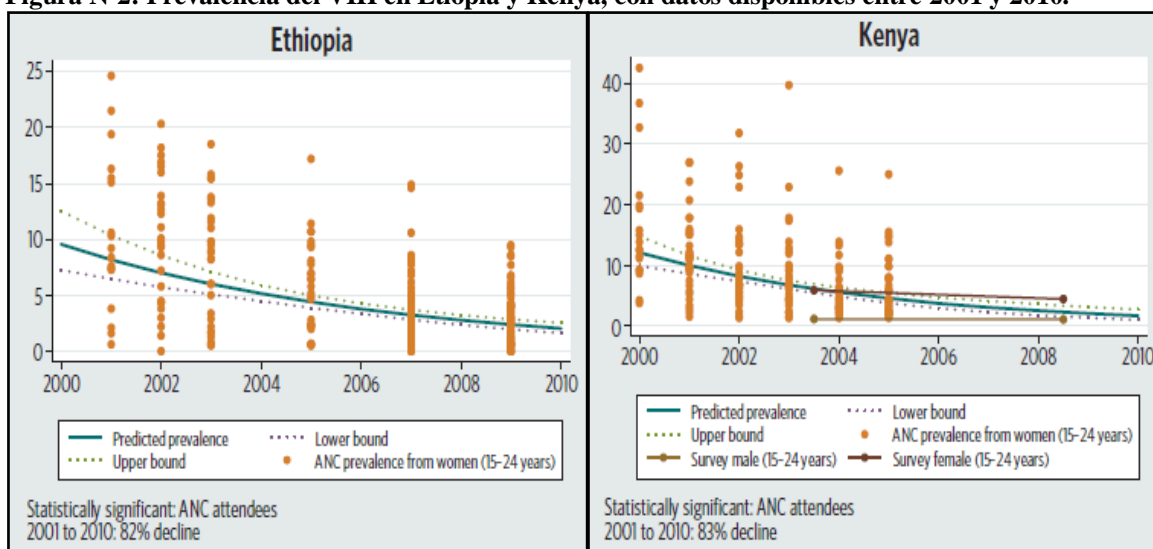
2.3. Situación de la Epidemia de VIH/SIDA en el Mundo.

Han transcurrido más de tres décadas desde que en 1981 se describió el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en California, EE.UU. y desde entonces más de 25 millones de personas en el mundo, han muerto por causas relacionadas con el VIH. Esta enfermedad continúa extendiéndose año a año y según Informe de ONUSIDA, sobre la situación mundial de la epidemia, se estima que sólo en el año 2010, un total de 2,7 millones (2,4 – 2,9) de personas en el mundo adquirieron el virus (casos nuevos), calculando que a diciembre de ese año, el número de personas viviendo con VIH alcanzó a 34 millones (31,6 – 35,2) de las cuales más del 60% se encuentran en el África Subsahariana, siendo la principal causa de muerte prematura en esa región² y la más afectada por la epidemia. Ese mismo año había aproximadamente 3,4 millones (3,0 – 3,8) de niños menores de 15 años viviendo con el virus y el 64% de ellos eran mujeres (ONUSIDA, 2011).

Los datos de ONUSIDA, indican que en el mundo, el número anual de nuevas infecciones de VIH, ha disminuido entre el 2002 y el 2007, mostrando una estabilización a partir de ese año, aunque existen grandes variaciones entre las regiones. Se estima que en el 2010, la incidencia del VIH fue un 15% menos que en el 2001, año en que alrededor de 3,1 millones de personas (3,0 – 3,3) en el mundo contrajeron el virus y 21% menos que en 1997, año en que la incidencia alcanzó su punto máximo, con 3,4 millones (3,1 – 3,6) de nuevas infecciones.

De acuerdo a las estadísticas mundiales registradas por ese organismo, desde 2001 al 2010, la incidencia anual del VIH ha disminuido en 33 países, 22 de ellos del África Subsahariana. Sin embargo, advierte que está aumentando nuevamente en Europa Oriental y Asia Central, después de haber disminuido a principios de los años 2000, también se está incrementando en el Oriente Medio y el Norte de África. En contraste, hay países que están venciendo la epidemia, como Etiopía y Kenya, que han demostrado que se pueden reducir las tasas de infección, como se aprecia en la Figura N°2 (ONUSIDA, 2011).

Figura N°2: Prevalencia del VIH en Etiopía y Kenya, con datos disponibles entre 2001 y 2010.



Fuente: Informe 2011, sobre la Respuesta Mundial al VIH/SIDA, ONUSIDA.

² Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/aids.shtml> (consulta: 29 mayo 2010).

Respecto del VIH en niños, ONUSIDA ha informado que en el año 2010, se estima que hubo 390.000 (340.000-450.000) nuevos casos de infección por VIH en menores de 15 años, lo que representa un 30% menos que la cifra máxima de 560.000 nuevos casos anuales en 2002 y 2003.

En cuanto a las defunciones relacionadas con el SIDA, hasta el año 2004 ésta venía en aumento, alcanzando el máximo en el año 2004, en que se calcula que murieron 2,2 millones de personas en el mundo por esta causa, estabilizándose durante los dos años siguientes (2005 y 2006), para luego comenzar a descender lentamente desde el 2007 en adelante. Se estima que en el 2010, fallecieron en el mundo un total de 1,8 millones de personas (1,6 – 1,9), de las cuales unas 250.000 (220.000-290.000) fueron niños menores de 15 años, representando el 20% menos que en el año 2005. La disminución en el número anual de defunciones, se debe en gran medida al acceso al tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ONUSIDA, 2011).

Los datos estadísticos que aportan los países miembros, evidencian que a nivel mundial, ha mejorado el acceso a servicios de asesoramiento y a pruebas de detección, sin embargo se sabe que la mayoría de las personas que viven con VIH en los países de ingresos bajos y medios aún desconocen su estado serológico, situación que contribuye a perpetuar la epidemia. Se calcula que en el 2010 un 35% de las embarazadas de países de ingresos bajos y medios tuvieron acceso a pruebas de VIH, en comparación con el 7% realizado en el 2005.

El acceso a tratamiento antirretroviral (TAR) en los países de ingresos bajos y medios ha aumentado, pasando de 400.000 en el 2003 a 6.650.000 en el 2010, cifra que llega a 7,4 millones de personas, al incluir los países de ingresos altos. La incorporación de la TAR ha implicado un descenso en las muertes relacionadas con el SIDA en la última década, estimándose que ha contribuido a evitar 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medios a nivel mundial, desde 1995, además de estar incidiendo en la disminución del número de personas que adquieren el VIH, según reporte de ONUSIDA 2011.

Durante el 2010, el 48% de las embarazadas viviendo con el VIH, de países de ingresos bajos y medios (716.500 de 1,49 millones) recibieron tratamiento con antirretrovirales eficaces. Según la misma fuente, los buenos resultados en la prevención de la transmisión maternoinfantil, incentivaron a adoptar, en junio de 2011 en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas, el compromiso mundial de eliminar para el 2015 los nuevos casos de infección por VIH en niños, estableciéndolo como meta.

Respecto al acceso universal a tratamiento antirretroviral, al año 2010 siete países con epidemia concentrada o de bajo nivel alcanzaron ese objetivo, siendo éstos, Camboya, Chile, Croacia, Cuba, Eslovaquia Guyana y Nicaragua, en los cuales se entrega TAR al menos a un 80% de las personas que lo necesitan (ONUSIDA, 2011).

Por otra parte, las variaciones en los patrones epidemiológicos y en la prevalencia del VIH, entre los países y también al interior de éstos, releva la necesidad de descentralizar la respuesta al VIH/SIDA y de elaborar estrategias de prevención acordes a las realidades y los requerimientos locales. Paralelamente los datos epidemiológicos disponibles, revelan que las epidemias nacionales están sufriendo transiciones significativas en todo el mundo, ya que las epidemias que se caracterizaban, principalmente por la transmisión entre los usuarios de drogas inyectables, actualmente se caracterizan por la transmisión vía relaciones homobisexuales y entre parejas heterosexuales (ONUSIDA, 2009 y 2011).

Aunque en los últimos años se ha logrado un descenso importante en las nuevas infecciones por el VIH, se ha reducido la morbilidad y el número anual de defunciones relacionadas con el SIDA, paralelamente sigue aumentando el número total de personas que viven con el VIH. Esto porque anualmente se producen nuevos casos, según lo demuestra la incidencia anual reflejada en la Tabla N°1. Por ello y mientras la epidemia esté determinada por un mayor número de nuevas infecciones en relación al número de defunciones por SIDA, esta enfermedad continuará siendo para muchas personas, una causa de mortalidad prematura (ONUSIDA, 2009).

Tabla N°1: Indicadores de la epidemia del VIH, período 2002-2010

| Key indicators for the HIV epidemic, 2002-2010 | | | | | | | | | |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Number of people living with HIV (in millions) | 29.5 [27.7-31.7] | 30.2 [28.4-32.1] | 30.7 [28.8-32.5] | 31.0 [29.2-32.7] | 31.4 [29.6-33.0] | 31.8 [29.9-33.3] | 32.3 [30.4-33.8] | 32.9 [31.0-34.4] | 34.0 [31.6-35.2] |
| Number of people newly infected with HIV (in millions) | 3.1 [3.0-3.3] | 3.0 [2.8-3.1] | 2.9 [2.7-3.0] | 2.8 [2.6-3.0] | 2.8 [2.6-2.9] | 2.7 [2.5-2.9] | 2.7 [2.5-2.9] | 2.7 [2.5-2.9] | 2.7 [2.4-2.9] |
| Number of people dying from AIDS-related causes (in millions) | 2.0 [1.8-2.3] | 2.1 [1.9-2.4] | 2.2 [2.0-2.5] | 2.2 [2.1-2.5] | 2.2 [2.1-2.4] | 2.1 [2.0-2.3] | 2.0 [1.9-2.2] | 1.9 [1.7-2.1] | 1.8 [1.6-1.9] |
| % of pregnant women tested for HIV ^a | | | | 8% | 13% | 15% | 21% | 26% | 35% |
| Number of facilities providing antiretroviral therapy ^a | | | | | | 7 700 | 12 400 | 18 600 | 22 400 |
| Number of people receiving antiretroviral therapy ^a | 300 000 | 400 000 | 700 000 | 1 330 000 | 2 034 000 | 2 970 000 | 4 053 000 | 5 255 000 | 6 650 000 |
| Number of children receiving antiretroviral therapy ^a | | | | 71 500 | 125 700 | 196 700 | 275 400 | 354 600 | 456 000 |
| Coverage of antiretroviral medicines for preventing mother-to-child transmission (%) ^b | | | 9% ^c | 14% ^c | 23% ^c | 33% ^c | 43% ^c | 48% ^c | 48% ^c |

a In low- and middle-income countries.
b The coverage data includes provision of single-dose nevirapine which is no longer recommended by WHO.
c This data does not include single-dose nevirapine regimen which is no longer recommended by WHO. It should not be compared with the previous years. When including single-dose nevirapine, the coverage in 2010 is 59%.

Fuente: Informe 2011, sobre la Respuesta Mundial al VIH/SIDA, ONUSIDA.

Respecto de la situación de la epidemia en Latinoamérica, los datos indican que ésta se ha mantenido estable desde el año 2000 y que se caracteriza principalmente por ser de bajo nivel y concentrada, según los datos epidemiológicos reportados por los países (ONUSIDA, 2009, 2011).

Se calcula que en el 2010, en América Latina se produjeron entre 99.000 (75.000 – 130.000) y 100.000 (73.000 – 140.000) nuevas infecciones por VIH y que el número total de personas viviendo con VIH alcanzó ese año 1,5 millones (1,2 – 1,7), en comparación a un total de 1,3 millones (1,0 – 1,7) en el 2001. Este aumento se debería fundamentalmente a que un gran porcentaje de las personas que viven con VIH en la región, recibe tratamiento antirretroviral,

aproximadamente un 64% de quienes lo necesitan (sin considerar El Caribe), teniendo esta región la tasa de cobertura más alta de acceso a TAR, como se puede observar en la tabla N°2 siguiente.

Tabla N°2: Acceso a tratamiento con antirretrovíricos y a servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil, por región.

| Región | Cobertura del tratamiento con antirretrovíricos en 2010 | Cobertura del tratamiento con antirretrovíricos en 2009 | Cobertura de terapias más eficaces para prevenir la transmisión maternoinfantil |
|---|---|---|---|
| África subsahariana | 49% | 41% | 50% |
| América Latina y el Caribe | 63% | 60% | 59% |
| Asia Oriental, Meridional y Sudoriental | 39% | 33% | 16% |
| Europa y Asia Central | 23% | 22% | 79% |
| Norte de África y Oriente Medio | 10% | 9% | 4% |
| Total | 47% | 39% | 48% |

Fuente: Informe 2011 sobre la Respuesta Mundial al VIH/SIDA, ONUSIDA.

Según reporte de ONUSIDA, en el año 2010, tuvo acceso a tratamiento el 44% de los menores de 15 años que lo necesitaban y el 59% de las embarazadas viviendo con VIH, que requerían servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil, señalando además que el acceso a TAR ha contribuido a disminuir el número de muertes anuales a causa del VIH en la región, ya que en el 2010 fallecieron 67.000 personas (45.000 – 92.000), frente a un máximo de 83.000 (50.000 – 130.000) en el período 2001-2003.

Por otra parte, más de un tercio de los adultos que viven con VIH, corresponden a mujeres (36% en el 2010). En tanto el número de niños menores de 15 años viviendo con VIH ha disminuido, desde un total de 47.000 (23.000 – 94.000) en el año 2001 a un total estimado de 42.000 niños (30.000 – 54.000) en el 2010.

Considerando los países de América Central y América del Sur, Brasil es el más poblado de la región y concentra un tercio del total de las personas con VIH.

En Latinoamérica, las relaciones sexuales entre hombres es la principal vía de transmisión del virus, fundamentalmente a través y alrededor de redes de hombres que tienen sexo con otros hombres, muchos de los cuales también tienen relaciones sexuales con mujeres (ONUSIDA, 2011). Pese a todos los esfuerzos por controlar la epidemia en la región, aún no se ha logrado revertir su curso, puesto que cada año se registran nuevos casos de VIH y SIDA. Esta situación resulta preocupante, porque ya en el año 2001, investigadores como Izazola y Huerdo planteaban que la mayoría de los países de América Latina disponían de los conocimientos y la capacidad técnica para disminuir su transmisión y de proveer tratamiento a tiempo, haciendo la recomendación de intensificar las acciones de prevención, sobre la base de la información epidemiológica nacional (Izazola y Huerdo, 2001).

2.4. Situación de la Epidemia de VIH en Chile

De acuerdo a los informes de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud (MINSAL), en Chile se ha identificado principalmente el VIH-1, presentando nuestro país una epidemia de tipo concentrada, caracterizada como aquella en que el VIH se ha extendido con rapidez en un subgrupo de población definido pero no se ha asentado fuertemente en la población general, según clasificación de las fases de la epidemia, elaborada por ONUSIDA y la OMS, presentada en el cuadro N°1.

Cuadro N°1: Clasificación de las fases de la epidemia de SIDA, definida por ONUSIDA y OMS.

| Tipo de Epidemia | Población afectada | Variable aproximativa |
|------------------|---|--|
| Bajo Nivel | La infección registrada se concentra principalmente entre individuos con comportamientos de más riesgo | La prevalencia del VIH no ha superado consistentemente el 5% en ningún subgrupo de población definido. |
| Concentrada | El VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo determinado de la población, pero no está bien establecido entre la población general | La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un subgrupo de la población. La prevalencia del VIH es menor del 1% entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas. |
| Generalizada | El VIH se encuentra bien establecido en la población general. | La prevalencia del VIH supera uniformemente el 1% entre las mujeres embarazadas. |

Fuente: Adaptado a partir del Informe Grupo de Trabajo VIH/SIDA (MINSAL, 2009, p.13)

En lo específico, Chile presenta una epidemia concentrada en hombres homobisexuales, con baja prevalencia en embarazadas.

Los primeros casos de SIDA fueron detectados en 1984, correspondiendo a seis personas de sexo masculino, distribuidos en las regiones de Valparaíso, Biobío y Metropolitana. Desde entonces y hasta diciembre de 2010, se han notificado 24.014 casos de VIH/SIDA cifra que llega a 26.740 a diciembre de 2011, según registros del sistema de vigilancia epidemiológica del MINSAL. Al desagregar el análisis por etapa diagnóstica, esto es VIH o SIDA, se registra que del total de personas notificadas entre 1984 y el 2011, el 55,6% fueron confirmados como VIH y el 44,4% de los casos se notificaron como SIDA.

El año 2011 se registra la mayor tasa de notificación por SIDA de todo el período (6 casos por 100.000 hbtes.) lo que representa un aumento del 46% respecto del año 2010. Por su parte la tasa de notificación de VIH en el 2011 alcanzó a 9,6 casos por 100.000 hbtes., implicando un aumento del 56% en relación al año anterior.

La principal vía de transmisión es la sexual, representando un 99% en el quinquenio 2007-2011, como se muestra en la tabla N°3. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), resulta ser la vía más declarada en ese mismo período, con un 59,4% del total de casos notificados que adquirieron el virus por la vía sexual. El grupo poblacional más afectado ha sido principalmente adultos jóvenes entre 20 y 49 años, en su mayoría de sexo masculino y con baja escolaridad, siendo la relación entre hombres la más frecuente, seguida por la relación heterosexual y bisexual. Si bien en los hombres las vías de transmisión homosexual y bisexual concentran el

mayor número de casos, se registra una tendencia constante al aumento de la adquisición del VIH mediante la relación heterosexual (MINSAL, 2010).

Respecto de la transmisión vertical se observa que ésta ha disminuido significativamente en el último quinquenio, con un total de 51 casos confirmados, lo que representa el 0,6% del total de las vías de exposición.

En tanto que la transmisión vía sanguínea ha tenido un descenso notorio y sostenido a través de los cinco quinquenios, llegando a representar el 0,1% del total de las vías de transmisión, con 7 casos confirmados en el período 2007-2011.

Tabla N°3: Casos de VIH/SIDA, según vía de exposición, Chile 1987-2011.

| Casos de VIH/SIDA según vía de exposición, quinquenio y clasificación. Chile, 1987-2011* | | | | | | | | | | |
|---|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| Vía de exposición | 1987-1991 | | 1992-1996 | | 1997-2001 | | 2002-2006 | | 2007-2011 | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Homosexual | 637 | 51,4 | 1582 | 49,3 | 2451 | 46,8 | 2875 | 45,1 | 3996 | 49,6 |
| Bisexual | 261 | 21,1 | 483 | 15,0 | 692 | 13,2 | 760 | 11,9 | 792 | 9,8 |
| Heterosexual | 227 | 18,3 | 906 | 28,2 | 1893 | 36,2 | 2612 | 41,0 | 3210 | 39,8 |
| Vía Sanguínea | 98 | 7,9 | 202 | 6,3 | 126 | 2,4 | 45 | 0,7 | 7 | 0,1 |
| Vertical | 16 | 1,3 | 38 | 1,2 | 73 | 1,4 | 83 | 1,3 | 51 | 0,6 |
| Total | 1239 | 100 | 3.211 | 100 | 5.235 | 100 | 6.375 | 100 | 8.056 | 100 |

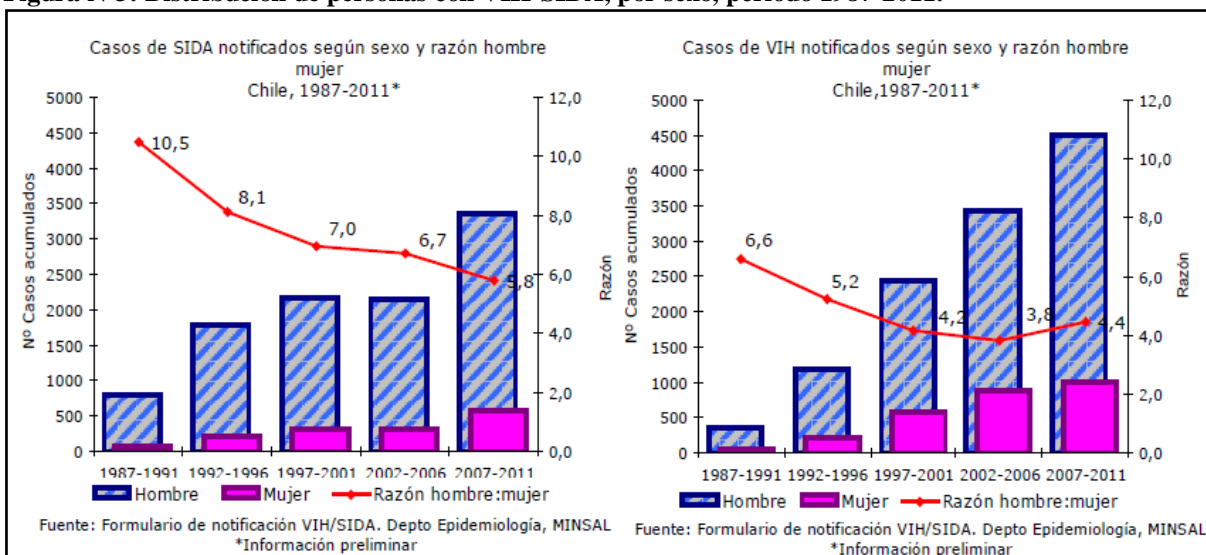
Fuente: Formulario caso VIH/SIDA, Depto Epidemiología. MINSAL
* Información preliminar

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL, 2011.

En los cinco quinquenios, el número de casos notificados en hombres, supera al de mujeres tanto en etapa VIH como en SIDA, sin embargo entre esos años se observa un sostenido aumento del número de casos de mujeres, en ambas fases, siendo más notorio en etapa VIH. Para las mujeres, la principal vía de exposición es la heterosexual, mostrando un descenso la razón hombre:mujer la que ha llegado en el último quinquenio a 4,4 en VIH y a 5,8 en SIDA³, como se aprecia en la figura N°3.

³ Informe Evolución del VIH-SIDA, CHILE 1984-2011, del Departamento de Epidemiología del MINSAL.

Figura N°3: Distribución de personas con VIH-SIDA, por sexo, período 1987-2011.

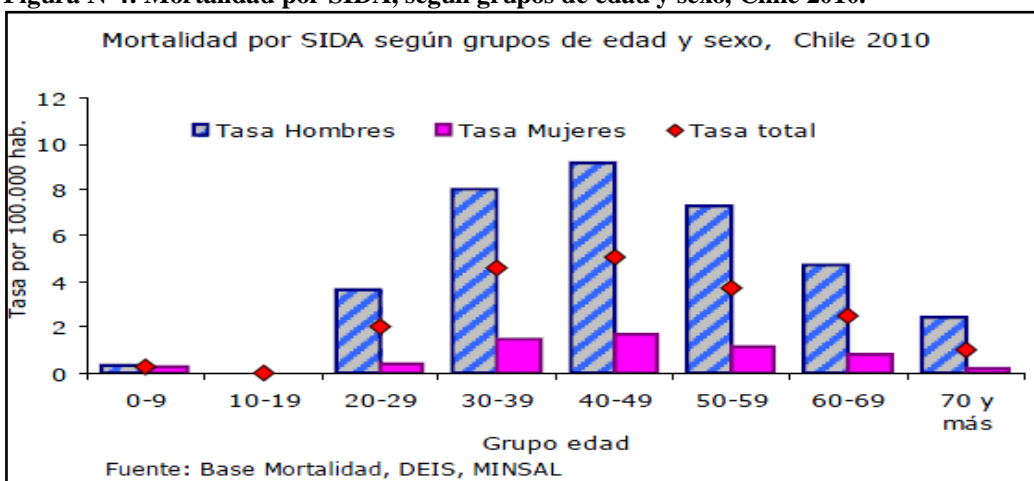


Fuente: Informe Evolución del VIH-SIDA, CHILE 1984-2011, MINSAL.

Las regiones de nuestro país que concentran el mayor número de casos notificados, tanto en VIH como en SIDA, en los últimos cinco quinquenios, son la región Metropolitana seguida por la región de Valparaíso. Sin embargo al analizar el total de notificaciones según tasas por cien mil habitantes, las regiones que presentan las tasas más elevadas en SIDA como en VIH, en los tres últimos quinquenios son, en orden decreciente, Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y Metropolitana.

Respecto a la mortalidad por SIDA, los datos indican que entre los años 1990 y 2010 han fallecido 7.370 personas, correspondiendo un 87,2% (6.428) de ellos a hombres (MINSAL, 2011). En el 2010, la tasa de mortalidad más alta por SIDA, se registró en el grupo etario de 40 a 49 años, como se puede apreciar en la figura N°4, alcanzando ese año una tasa de 5,1 por cien mil habitantes⁴.

Figura N°4: Mortalidad por SIDA, según grupos de edad y sexo, Chile 2010.



Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL 2011.

⁴ Informe Evolución del VIH-SIDA, CHILE 1984-2011, del Departamento de Epidemiología del MINSAL.

De acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA, se calcula que unas 23.000 a 25.000 personas estarían viviendo con VIH-SIDA en Chile, ignorando que tienen el virus (MINSAL, 2009). Estos casos serían adicionales a los casos notificados, mencionados precedentemente, siendo esta situación preocupante, por cuanto los casos no diagnosticados, contribuyen en forma significativa a perpetuar la epidemia, representando un problema de salud pública de gran magnitud, además de reflejar que las estrategias diagnósticas y de prevención, en nuestro país, aún son insuficientes.

Por consiguiente, el diagnóstico oportuno resulta ser un elemento central en el control de la enfermedad, ya que tiene impacto directo en la reducción del riesgo de transmisión, en dos aspectos: En primer lugar, se sabe que el riesgo de transmisión del VIH es mayor, durante el período ventana y también en la etapa avanzada de la enfermedad, debido a que en ambas fases, se desarrolla una elevada carga viral en la sangre, semen y secreciones genitales. Al respecto, se estima que aproximadamente el 50% de las transmisiones se producen en los dos o tres primeros meses de haberse contraído el VIH, siendo el riesgo de transmisión 3,5 veces mayor cuando la persona con VIH desconoce su situación (MINSAL, 2009). En segundo lugar, las personas con diagnóstico confirmado y notificado, tienen acceso a recibir Tratamiento Antirretroviral y probablemente utilicen condón, siendo ambas medidas coadyuvantes a disminuir el riesgo de transmisión.

De lo anterior se desprende que el diagnóstico precoz de la infección, principalmente antes del deterioro inmunológico (fase asintomática de la infección) es decisivo para el inicio oportuno de la terapia antirretroviral, puesto que tiene gran impacto en el aumento de las expectativas de vida de las personas viviendo con VIH (PVV), pudiendo superar los 24 años, en pacientes con diagnóstico reciente y que han accedido a tratamiento, reduciendo la morbimortalidad y la transmisión del VIH. Por ello, las recomendaciones actuales de la OMS indican que el tratamiento antirretroviral se debe iniciar cuando las personas con VIH tengan una concentración de células CD4 igual o inferior a 350 céls/mm^3 independiente que presenten o no manifestaciones clínicas. Esto ha llevado en Chile a adelantar el inicio de la terapia, desde un nivel de recuentos de linfocitos de CD4 de 200 céls/mm^3 a 350 céls/mm^3 (MINSAL, 2009).

En virtud de la incidencia del Tratamiento Antirretroviral en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas VIH positivas y en la prevención secundaria del virus, el acceso universal y oportuno a terapia antirretrovírica ha pasado a ser un derecho fundamental, sustentado en los compromisos internacionales de Derechos Humanos y VIH, a los cuales nuestro país ha adherido. Manifestación de ello es la incorporación en el año 2005, del tratamiento antirretroviral en el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), garantizando de esta forma el acceso a tratamiento con medicamentos antirretrovirales, a todas las personas con diagnóstico confirmado y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el decreto N°1 del 2010 del MINSAL y en las Normas de carácter Técnico Médico y Administrativo del GES. En ellas también se garantiza la oportunidad del tratamiento, estableciendo plazos para su inicio o para el cambio de éste una vez iniciado. Además se incorpora protección financiera, al establecer un copago máximo del 20% en las prestaciones incluidas en el tratamiento⁵.

En Chile, el diagnóstico de detección del VIH, continúa siendo tardío en la mayoría de los casos, situación que incrementa el riesgo de exposición al VIH para las parejas sexuales de quienes son portadores del virus, también para la transmisión vertical, en los casos de embarazadas VIH

⁵ MINSAL: DECRETO N°1 del 06.01.2010 que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

positivas. Por otra parte, el diagnóstico tardío aumenta el riesgo para todas las personas con VIH, de contraer enfermedades oportunistas y a enfrentar una muerte prematura (MINSAL, 2009). Se agrega a lo anterior, que hasta el año 2011 no había programas de búsqueda activa, de las parejas sexuales de las personas notificadas VIH positivas, situación que el Ministerio de Salud espera comenzar a revertir a partir del año 2012, con las modificaciones incorporadas en noviembre de 2011, al Decreto N°182/2005, de ese Ministerio, que regula el Examen de Detección del VIH/SIDA.

En efecto, por Decreto N°45/2011, del MINSAL, a fines del 2011 se estableció que el examen de detección del VIH se realizará siempre en el control prenatal de mujeres embarazadas y en la donación de tejidos para injerto, transformándose en examen obligatorio en esos casos, agregándose a los ya estipulados en el Decreto N°182/2005. Asimismo, esa norma incorporó la facultad para que el médico pueda contactar en forma reservada⁶ a las parejas sexuales que el paciente diagnosticado con VIH haya indicado voluntariamente poseer, para ofrecerles el examen de detección, las medidas de prevención y los tratamientos que sean procedentes, si la persona VIH positiva no las hubiere hecho concurrir a atención de salud. Con las modificaciones mencionadas, el MINSAL espera generar un impacto favorable en la prevención del VIH.

⁶ Respecto de esta modificación, es necesario señalar que el legislador no hace una precisión del alcance de la expresión “contactar en forma reservada”, a la cual se refiere la norma modificatoria, por lo que se entiende que está haciendo alusión al deber de confidencialidad y reserva de la persona y de todas las circunstancias relacionadas al procedimiento, de conformidad a las normas sobre secreto profesional y las de la ley N°19.628, sobre protección de datos personales.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La presente investigación, corresponde a un estudio exploratorio, de carácter descriptivo-interpretativo en la que se utiliza una metodología cualitativa para la construcción de evidencia empírica, basada en un estudio de caso. La unidad de análisis, es la estrategia denominada Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP) del VIH y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de la región de Valparaíso, a la cual se hará referencia en este trabajo como RRIP.

3.1. Objetivo General

Este estudio describe la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH y las ITS de la región de Valparaíso, analiza su implementación y funcionamiento y contribuye a la práctica de la gestión pública, mediante la obtención de evidencia administrativa en implementación de estrategias de prevención basadas en el trabajo intersectorial.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la organización de la RRIP en la región de Valparaíso, los ejes estratégicos, los actores que participan en el Consejo Regional de VIH de la región y la forma en que éstos se relacionan en el Consejo.
- Analizar el funcionamiento de la RRIP y del Consejo Regional de VIH, en la región.
- Detectar áreas de mejoras en la implementación de la RRIP de la región y presentar recomendaciones para su optimización.

3.3. Antecedentes del contexto político institucional

La investigación se lleva a cabo en un contexto de alternancia de gobierno, en que los partidos de la concertación por la democracia pierden el poder después de 20 años en el gobierno, asumiendo el año 2010, la coalición Alianza por Chile. En consecuencia, coincide con el inicio de un nuevo período presidencial de cuatro años, bajo la presidencia de Sebastián Piñera Echenique y la instalación de un gobierno de centroderecha. Otro hecho relevante ocurrido ese año fue el terremoto del 27 de febrero de 2010, que afectó a una vasta zona del centro sur de nuestro país. Ambos sucesos inciden en el contexto político, económico y operacional de las organizaciones públicas, que se manifiestan en cambios en las políticas públicas, en las prácticas de gestión, en los presupuestos del sector público, en la organización interna de los Ministerios, Servicios Públicos, entre otros, afectando directa o indirectamente los programas implementados durante la administración del gobierno saliente, como es el caso de la RRIP del VIH y las ITS, generando un clima de incertidumbre en la continuidad de ciertas políticas públicas.

3.4. Metodología

Como se ha señalado al inicio de este capítulo, el presente trabajo corresponde a una investigación cualitativa, en la que se ha utilizado la metodología de Estudio de Caso.

Este método, consiste en estudiar la complejidad de un caso particular, definido éste como un sistema integrado⁷ y acotado, como por ejemplo un programa, cuya revisión hace posible entender mejor su singularidad.

❖ ⁷ Ver Stake, R. (1999), *Investigación con Estudio de Casos*. 2ª ed. Madrid: Ediciones Morata, S. L.

En esta investigación, se estudia la RRIP del VIH de la región de Valparaíso, como estrategia para enfrentar la prevención del VIH en la región, a fin de tener una mayor comprensión de su organización y funcionamiento. Para ello fue necesario examinar la documentación emitida por el Ministerio de Salud sobre esta estrategia, completando la información con la realización de entrevistas semiestructuradas a actores claves de la RRIP y la observación no participante a dos reuniones de las instancias de coordinación regional.

Las entrevistas a los integrantes claves de la RRIP nos permite obtener una descripción de esta estrategia y de su funcionamiento, desde las vivencias de los entrevistados, cada uno de los cuales entrega su particular interpretación de los sucesos, las relaciones, etc, dado que no todos observan la RRIP de la misma manera, en todas las categorías de análisis, siendo la entrevista el medio para descubrir esas diversas visiones. Para ello fue necesario identificar los actores relevantes, planificar el trabajo de campo y diseñar previamente una pauta con preguntas orientadas a los temas de la RRIP, abordados en las dimensiones de análisis de este estudio.

Respecto de la observación no participante, esta técnica consiste en presenciar y observar acontecimientos o aspectos claves del caso, sin que el investigador intervenga durante su desarrollo, limitándose éste a registrar de manera objetiva los acontecimientos observados, lo que permite detallar aspectos relevantes del caso. Para esta investigación se determinó observar una sesión del Consejo Regional del VIH y otra de la Mesa Regional de Consejería, a fin de describir y posteriormente analizar, la forma en que éstas se desarrollan, la dinámica que se produce entre los asistentes, entre otros aspectos, información que fue registrada, transcrita y tratada en el análisis, conjuntamente con las evidencias obtenidas de las entrevistas.

El proceso de construcción de la información se llevó a efecto fundamentalmente en la ciudad de Valparaíso, debido a que en ese lugar se ubican los servicios públicos que participan en la RRIP y donde sesionan las dos instancias de coordinación regional sobre VIH/SIDA, siendo esa ciudad, la sede del gobierno regional y donde también se localiza una de las dos redes de organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA, que forma parte integrante de la RRIP.

El interés por estudiar la RRIP de la región de Valparaíso, surge de la inquietud personal de quien realiza esta investigación por un tema más amplio, cual es, la prevención del VIH en Chile. Ese interés se intensifica en el tiempo, producto de varias conversaciones en la materia con la profesional encargada del VIH de la Autoridad Sanitaria de la Provincia de Aconcagua y la percepción personal, de un déficit de servicios de prevención en VIH, particularmente en las Provincias de San Felipe y Los Andes, así como de una débil, casi inexistente, respuesta local al VIH en esas provincias.

A lo anterior se agrega, que a la fecha de esta investigación no se encontraron estudios nacionales ni regionales, sobre el funcionamiento de la RRIP como estrategia de prevención del VIH en Chile. También contribuyó en la selección del tema, el hecho de constatar un bajo nivel de conocimiento de la RRIP y de las acciones implementadas en esta región, en el marco de esa estrategia, entre algunos funcionarios de la red asistencial del Valle de Aconcagua, consultados en ese momento aleatoriamente y en forma exploratoria.

Los elementos que determinaron la elección de la región de Valparaíso para el estudio de la RRIP del VIH, se relacionan fundamentalmente con el hecho de haber sido una de las regiones en que se registraron los primeros casos de SIDA en el país y con la alta prevalencia de esta enfermedad en la región, reflejado en los datos epidemiológicos nacionales del período 1984-2010. A ello se

agrega la percepción personal de escasez de oferta pública y privada de servicios de prevención del VIH en la región.

Otros aspectos importantes que influyeron, se refieren a la cercanía y accesibilidad a informantes claves del sector público de salud, ubicados en el Servicio de Salud Aconcagua y en la Oficina Provincial Aconcagua de la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI de Salud), algunos de ellos poseedores de una larga trayectoria en trabajo local y regional en VIH, la favorable disposición que expresaron esos informantes para entregar su testimonio sobre el funcionamiento de la RRIP de la región, desde una perspectiva crítica y analítica, además de la red de contactos que éstos podían aportar, situación que facilitaría el trabajo de campo.

Adicionalmente es necesario señalar que la RRIP es una estrategia compleja y al mismo tiempo muy particular, por cuanto se trata de una respuesta descentralizada que se sustenta en la capacidad de acción y de participación intergubernamental y de la sociedad civil vinculada a la temática del VIH/SIDA y que requiere de la asociación pública- privada del sector salud.

Tal como se mencionó precedentemente, para lograr un conocimiento y descripción de la RRIP, se utilizaron tres técnicas: revisión de fuentes secundarias, entrevistas semi-estructuradas y observación directa no participante.

La revisión de fuentes secundarias abarcó el examen de bibliografía sobre prevención del VIH, las normas legales vigentes y documentos de posición política, emanados del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y de organismos internacionales del ámbito de la salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Se efectuaron entrevistas exploratorias a informantes claves y entrevistas semi-estructuradas a los principales integrantes de las dos instancias de coordinación regional sobre VIH/SIDA, esto es, el Consejo Regional de VIH y la Mesa Regional de Consejería en VIH/SIDA, finalizando el trabajo de campo con dos observaciones directas, no participante, para lo cual se asistió a las reuniones de evaluación anual del año 2010 de ambas instancias de coordinación.

La revisión bibliográfica sobre prevención del VIH, electrónica como impresa, permitió recabar información sobre la situación epidemiológica de la enfermedad, conocer las estrategias recomendadas por los organismos técnicos internacionales, los principios orientadores que las fundamentan y la experiencia de algunos países en el control y prevención del VIH. Adicionalmente, se efectuó una revisión de documentos publicados en los sitios web de la Asamblea de Organizaciones Sociales y ONGs con trabajo en VIH/SIDA (ASOSIDA) y de la Coordinadora Nacional VIVO POSITIVO, las dos redes de agrupaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA en Chile. También se revisaron trabajos de tesis relacionados con el VIH, publicaciones de investigadores asociados a VIVO POSITIVO, al Centro de investigación Mano a Mano de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, publicaciones de FLACSO y documentación oficial emanada de ONUSIDA, OMS, OPS y del Ministerio de Salud de Chile.

La revisión de documentos oficiales incluyó el examen del contenido de las principales normas legales referidas al VIH/SIDA en Chile, orientaciones de políticas sobre prevención del VIH, emitida por los organismos internacionales mencionados y por el MINSAL, además de informes estadísticos de situación de la epidemia en el mundo, en nuestro país y particularmente en la región de Valparaíso. En este punto es necesario señalar que la información estadística epidemiológica abarcó hasta el año 2010, en consideración a que el último Informe publicado por ONUSIDA, en el 2011, reporta la situación de la epidemia al año 2010. Para el caso de las

estadísticas nacionales, se tomaron los datos oficiales más recientes, también con corte al año 2010, debido principalmente a que la información publicada por el MINSAL para el indicador número de personas fallecidas a causa del SIDA en Chile y en la región de Valparaíso, sólo se consigna hasta ese año.

La indagación bibliográfica también se extendió a la literatura disponible sobre modelos conceptuales descritos por autores que han aportado al conocimiento en implementación de políticas públicas, lo cual contribuyó a identificar las dimensiones y las variables utilizadas para el análisis del presente estudio de caso.

Otra técnica escogida para recoger evidencia empírica, fue la aplicación de entrevistas exploratorias y semi-estructuradas.

En una primera instancia, se realizaron entrevistas exploratorias al funcionario del Ministerio de Salud, encargado del Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA y las ITS y a la funcionaria de la SEREMI de Salud de la región de Valparaíso, encargada de la implementación de ese Programa en la región y coordinadora de la RRIP. Las entrevistas exploratorias permitieron recopilar información general sobre las orientaciones ministeriales en materia de prevención del VIH en Chile, donde la RRIP es la principal estrategia descentralizada.

Posteriormente se efectuaron once entrevistas semi-estructuradas, en las que se incluyó a todos los integrantes estables del Consejo Regional de VIH, siete en total y dos integrantes de la Mesa Regional de Consejería en VIH, en atención a que esta instancia trabaja fundamentalmente con los Servicios de Salud de la región y prácticamente no incorpora a organizaciones de la sociedad civil ni del intersector.

Se decidió entrevistar además, a la matrona encargada del tema VIH de la Oficina Provincial Aconcagua, dependiente de la SEREMI de Salud y a la Presidenta de la organización social denominada Círculo de Protección y Defensa de la Sexualidad (CIPRODES), con sede en San Felipe, que si bien no participan en el Consejo ni en la Mesa de Consejería, sin embargo ambas son reconocidas como referentes en esta temática, por las representantes de esa SEREMI, debido a que poseen una vasta experiencia en prevención del VIH/SIDA en las provincias de la zona cordillera (San Felipe, Los Andes y Petorca), producto de trabajar sistemáticamente por más de diez años en prevención de esta enfermedad.

En el caso específico del Consejo de VIH, se determinó entrevistar a todos los referentes de los organismos públicos y de la sociedad civil que han participado en las reuniones del año 2009 y del 2010, siete en total y se resolvió no entrevistar a representantes de sectores que debiendo tener participación, no han asistido, ya sea por no haber sido convocados por la SEREMI de Salud o habiendo sido invitados a participar en esta instancia, no designaron referentes. Esta decisión metodológica se fundamenta en que este estudio pretende describir y analizar el funcionamiento de la RRIP, para lo cual es necesario recurrir al conocimiento vivencial de los participantes, no estando entre los objetivos de esta investigación, explicar la ausencia de sectores cuya participación está incluida en el diseño de la RRIP del VIH sin embargo por diversas razones no han tenido presencia en la respuesta.

La nómina de entrevistados se indica en la tabla N°4 siguiente.

Tabla N°4: Entrevistas realizadas durante la investigación, según organización a la cual pertenecen

| Instancia de Participación | Entidad gubernamental o de la Sociedad Civil | Entrevistas |
|--|--|--------------------|
| Consejo Regional de VIH | Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA y las ITS así como de la RRIP de VIH/SIDA de la región de Valparaíso de la SEREMI de Salud y además Coordinadora del Consejo Regional del VIH. | 7 |
| | Psicólogo de la Unidad de Salud de Gendarmería de Chile, Valparaíso y Representante en el Consejo | |
| | Psicóloga del Servicio Nacional de Menores, de Valparaíso y Representante en el Consejo | |
| | Administrativo, Representante de INJUV en el Consejo | |
| | Asistente Social Encargada del Servicio de Bienestar de Universidad de Valparaíso y Representante del Programa Alerta en el Consejo | |
| | Presidente de Acción Gay de Valparaíso y Coordinador de ASOSIDA en la región de Valparaíso | |
| | Presidente de YO VIVO de Quilpué y coordinador de la Red VIVO POSITIVO en la región de Valparaíso | |
| Mesa Regional de Consejería | Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería de la SEREMI de Salud de Valparaíso | 2 |
| | Encargado de Consejería del Servicio de Salud Aconcagua y Representante del Servicio en la Mesa | |
| Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI de Salud | Encargada de VIH/SIDA para las provincias de San Felipe y Los Andes | 1 |
| CIPRODES OO.CC Sociedad Civil | Presidenta del Círculo de Protección y Defensa de la Sexualidad, San Felipe (CIPRODES) | 1 |

Como se indicó antes, la indagación también contempló obtener evidencia a través de la observación directa no participante. Para ello se asistió a una reunión de trabajo del Consejo Regional de VIH y a una jornada de trabajo de la Mesa Regional de Consejería en VIH. Si bien ambas instancias programaron para el año 2010 reuniones mensuales, se consideró más enriquecedor llevar a cabo la observación en la última reunión del año, por tratarse en ambos casos de jornadas de evaluación anual. La Jornada de evaluación del Consejo Regional de VIH se realizó en la ciudad de Olmué el 20 de diciembre de 2010, en dependencias del Centro de Eventos La Campana y la correspondiente a la Mesa Regional de Consejería se desarrolló en la ciudad de Valparaíso el 15 de diciembre de 2010, en un Hotel de esa ciudad, asistiendo a estas actividades, los integrantes estables. La observación permitió recabar evidencia empírica in situ, de la dinámica de trabajo de ambas instancias de coordinación regional y conocer la autoevaluación que hicieron los asistentes, del trabajo desarrollado durante el año.

En términos de proceso, el Estudio de Caso se desarrolló en cuatro etapas secuenciales. La primera consistió en definir el caso, dentro del tema referido a la prevención del VIH, el cual en sí mismo, resultaba muy amplio de abordar. Para acotarlo y elegir el caso, se realizó una búsqueda bibliográfica de publicaciones disponibles en la biblioteca de la Universidad de Chile y en otras Universidades con enlace a ésta, ampliándose la búsqueda en sitios de internet. También se concurreó al Ministerio de Salud para indagar sobre la política nacional de prevención del VIH y se visitaron los centros de documentación pertenecientes al Centro Regional de Información y Apoyo para la Prevención Social del VIH/SIDA (CRIAPS), ubicado en la Región Metropolitana y los existentes en las redes de ASOSIDA y VIVO POSITIVO, organizaciones que mantienen un trabajo activo en VIH/SIDA y colaboran con trabajos de investigación en la materia.

Asimismo se examinaron trabajos de investigación publicados por la OPS, ONUSIDA, FLACSO, SERNAM y publicaciones de investigadores asociados a VIVO POSITIVO en el contexto del proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia del VIH/SIDA en Chile”, ejecutado entre los años 2003 y 2008 con financiamiento internacional del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

La revisión bibliográfica aportó los insumos necesarios para la construcción del marco teórico de este estudio, desarrollado en los capítulos cuatro y cinco, el cual se sustenta en los lineamientos estratégicos y técnicos contenidos en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, formulado por el Ministerio de Salud de Chile, sobre la base de las directrices sanitarias y políticas emanadas de ONUSIDA, por ser estas últimas las que guían las respuestas nacionales al VIH.

Durante esta primera etapa, también se realizaron dos entrevistas exploratorias al funcionario del Ministerio de Salud, encargado del referido Programa de Prevención y una entrevista, también exploratoria, a la encargada de la RRIP de VIH de la SEREMI de Salud de la región de Valparaíso.

En una segunda fase y después de examinar literatura sobre modelos de análisis de implementación de políticas públicas, se definieron las dimensiones, sub-dimensiones y variables, que se indican en el capítulo seis, escogidas a partir del modelo de valor público desarrollado por Mark H. Moore para el análisis de implementación de políticas públicas y sintetizado en el concepto que el autor denomina triángulo estratégico, las cuales permitieron orientar la recopilación de evidencia empírica y el tratamiento de los hallazgos⁸.

Paralelamente se identificaron los actores claves, antes referidos, cuyo testimonio se consideró relevante para la investigación y se elaboró una pauta de entrevista semi-estructurada para recoger la información de los entrevistados.

En la tercera etapa se realizó el trabajo de campo, efectuándose las entrevistas en la ciudad de Valparaíso, entre septiembre y diciembre de 2010. El trabajo de campo culminó con las dos observaciones directas no participante, la primera de ellas se realizó el 15 de diciembre de 2010 en la ciudad de Valparaíso asistiendo a la jornada de evaluación del trabajo anual de la Mesa

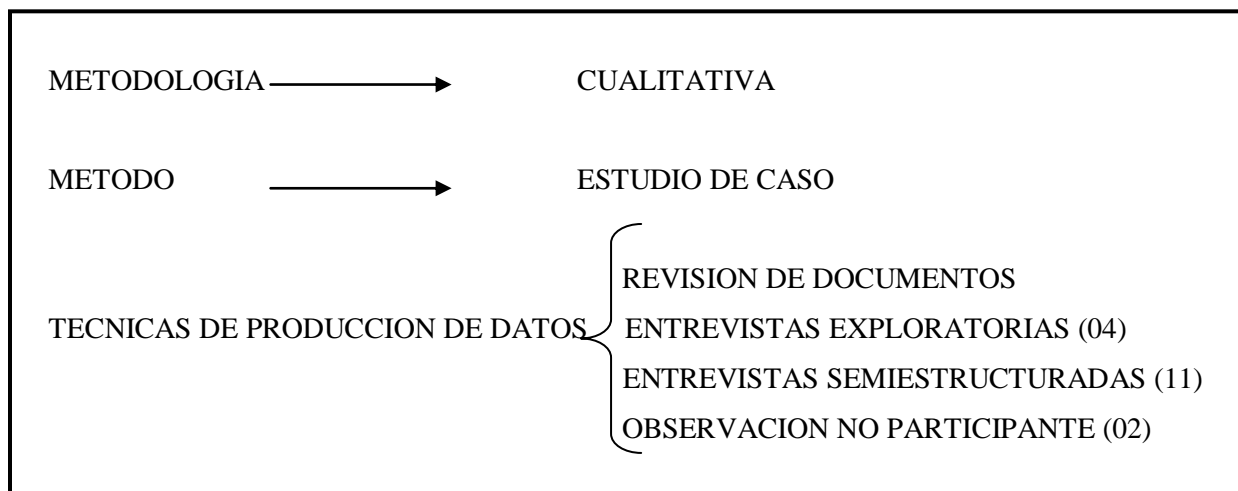
⁸ Moore, Mark H. (1999). Según el modelo de análisis de Moore, una estrategia o una política genera valor público, cuando integra tres perspectivas: la mirada política, esto es, recibe apoyo político y legal, la mirada sustantiva, en el sentido que la estrategia es valiosa para las autoridades, clientes y beneficiarios y la mirada administrativa, en términos que la estrategia es viable de implementar a través de la organización existente. Para una revisión completa, véase en *Gestión Estratégica y Creación de Valor en el Sector Público*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Regional de Consejería y la segunda se efectuó el 20 de diciembre, en la ciudad de Olmué, donde se llevó a cabo la reunión de evaluación del trabajo anual del Consejo Regional de VIH.

Por último, la cuarta fase y final, consistió en el tratamiento de la información recopilada, el análisis de los resultados, la elaboración de las conclusiones y recomendaciones y la revisión del informe final.

En el cuadro N°2, se muestra el esquema conceptual que sintetiza la metodología seleccionada para esta investigación.

Cuadro N°2: Síntesis conceptual de la Metodología utilizada.



Fuente: Elaboración propia

4. MARCO DE REFERENCIA DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ITS EN CHILE

Este capítulo describe los pilares fundamentales que sustentan la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS en Chile, la cual forma parte constitutiva del marco de referencia de este estudio, junto con el contenido del capítulo siguiente, dedicado a la RRIP de la región de Valparaíso.

Se inicia identificando las principales líneas de intervención implementadas por el MINSAL, la población objetivo a las que se han dirigido, los ejes estratégicos que han orientado el trabajo en prevención, destacando como conceptos claves la gestión del riesgo y vulnerabilidad. La estrategia también responde a compromisos nacionales emanados fundamentalmente de las normas legales en relación a la temática del VIH, los objetivos sanitarios definidos por las autoridades ministeriales para los períodos 2000-2010 y 2011-2020 y los Planes Regionales de Salud, que sumados a los compromisos internacionales ratificados por Chile, refuerzan los contenidos de la Estrategia. Finaliza este capítulo con la presentación de los principales actores vinculados a la prevención del VIH, que conforman los stakeholders en la Estrategia descrita.

El Estado, en su tarea de hacer frente a esta epidemia, asigna al Ministerio de Salud la dirección y orientación técnica de las políticas públicas destinadas al control y la prevención del VIH/SIDA, creando en el año 1990, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), como el organismo técnico responsable del diseño, formulación, coordinación ejecutiva y evaluación, del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA.

Como se ha mencionado precedentemente, en Chile la principal vía de exposición al virus es la sexual, por consiguiente los esfuerzos para controlar y prevenir la transmisión del VIH, han estado orientados principalmente a intervenir en los comportamientos individuales, relacionados con la sexualidad de las personas y con los determinantes de salud que condicionan la exposición al riesgo (MINSAL, 2008).

Hasta el año 2010, la Estrategia Nacional de Prevención, contenida en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS (MINSAL, 2009), se ha concentrado en tres líneas de intervención, cada una orientada a un determinado nivel de trabajo, los que serán desarrollados en la siguiente sección de este capítulo por lo que en este acápite sólo serán mencionados:

- Difusión de información y sensibilización sobre el VIH/SIDA, a través de campañas de comunicación social dirigidas a la población general (Nivel Masivo).
- Intervenciones de prevención focalizadas en grupos poblacionales de mayor exposición al VIH, mediante la ejecución de proyectos desarrollados en el marco de la RRIP (Nivel Grupal Comunitario).
- Consejería para la prevención del VIH/SIDA, realizada a nivel individual por los Servicios de Salud, también denominados Gestores de Redes y articulada por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud de cada región, a través de la RRIP (Nivel Individual).

Como estrategia complementaria y tomando en cuenta las recomendaciones de ONUSIDA y la OMS, en 1997 ese Ministerio decide integrar el Programa de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual al Programa de Prevención del VIH/SIDA, con el propósito de incrementar la efectividad y sinergia de las acciones preventivas del VIH.

Paralelamente a las estrategias diseñadas para prevenir la transmisión por la vía sexual, el MINSAL ha implementado acciones orientadas a prevenir la transmisión por vía sanguínea y la transmisión vertical, las cuales se mencionan a continuación:

- **Vía sanguínea:** A partir del año 1987, se implementó el testeo del 100% de la sangre que se utiliza en diferentes procedimientos médicos en el país y en los Bancos de Sangre, también llamados Unidad de Medicina Transfuncional (UTM). Además, se efectúa serología para la detección del VIH para todos los donantes, por lo que esta vía no constituye un factor de riesgo relevante en la actualidad, al igual que la drogadicción endovenosa (MINSAL, 2009). En términos generales esta vía representa el 0,1% de los casos notificados en el quinquenio 2007-2011.
- **Transmisión vertical (de madre a hijo) y perinatal (durante la lactancia):** configura otro factor de transmisión del VIH, el cual es prevenible a través del diagnóstico oportuno. En este ámbito, los esfuerzos del MINSAL se han orientado a incrementar las pruebas de detección mediante la oferta del examen a todas las embarazadas y acceso garantizado a tratamiento antirretroviral, en los casos de VIH positivos, para la madre e hijo(a). A partir de fines del año 2011, mediante el Decreto N°45/11 del MINSAL, el examen de detección del VIH pasó a ser obligatorio en el control prenatal de las mujeres embarazadas, para otorgarles tratamiento precoz que aminore el riesgo de transmisión al hijo, en caso de ser portadoras del virus. Con esta disposición, la autoridad ministerial espera eliminar la transmisión vertical del VIH hacia el 2015. Actualmente esta vía de transmisión representa el 0,6% del total de casos notificados VIH positivos en el último quinquenio.

En concordancia con las líneas de intervención, la Estrategia Nacional de Prevención, distingue los siguientes niveles de trabajo para la Prevención del VIH y las ITS, definiendo para cada uno de ellos, objetivos y acciones específicas que se complementan y potencian entre sí, con la finalidad de facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos de las personas, que les permita mejorar su capacidad de gestionar su propio riesgo.

4.1. Niveles de Trabajo en la Prevención del VIH y las ITS

La Estrategia Nacional distingue cuatro niveles de trabajo para la prevención del VIH y las ITS, los cuales denomina nivel masivo, nivel grupal comunitario, nivel individual y nivel intersectorial. Las actividades de prevención que desarrolla cada nivel están insertas en la RRIP, correspondiendo a las SEREMIS de Salud articularlas, coordinarlas y adaptarlas a la realidad regional. Sin embargo en la práctica el quehacer de la RRIP se ha centrado en los niveles de trabajo grupal comunitario e individual, mientras que las acciones de nivel masivo e intersectorial, históricamente han sido de iniciativas del MINSAL. A continuación se desarrolla brevemente cada uno de los niveles de trabajo.

- **Nivel de trabajo masivo, dirigido a la población general.**
Las actividades de prevención están dirigidas a la población general y a un público heterogéneo y sus objetivos han sido sensibilizar a la población sobre el VIH/SIDA, entregar

información, mantener el alerta social y la percepción de riesgo en la población, como asimismo promover la realización del examen de detección para conocer el estado serológico. Para ello el MINSAL ha efectuado once campañas de comunicación social de alcance nacional entre los años 1991 al 2012. Estas campañas han recibido críticas de distintos sectores de la sociedad, fundamentalmente porque no han logrado el impacto esperado en prevención, ya que el número de personas viviendo con VIH o SIDA aumenta cada año, la percepción de riesgo, en general se mantiene baja y tampoco se ha logrado sensibilizar a la población más expuesta al VIH, sobre la importancia de conocer el estado serológico propio para una detección temprana, considerada en sí, una medida preventiva (Ferrer, Cianelli y Bernales, 2009).

Siguiendo las orientaciones programáticas de ONUSIDA, en cuanto a promover un mayor acceso a las pruebas de detección del VIH, para ampliar la prevención primaria y secundaria del VIH y mejorar la oportunidad del inicio de tratamiento en aquellas personas positivas, la última campaña de comunicación masiva impulsada por el MINSAL y difundida a nivel nacional a fines del 2011 y hasta comienzo del 2012, se centró precisamente en sensibilizar a la población, especialmente a personas entre 19 y 29 años, para que se realicen el examen de detección del VIH.

- **Nivel Grupal Comunitario**

En este nivel de trabajo las acciones de prevención son focalizadas hacia la población clave más expuesta al riesgo del VIH y las intervenciones son ejecutadas por organizaciones comunitarias. En este ámbito de acción, adquiere un rol preponderante la RRIP, ya que corresponde a las SEREMIS de Salud identificar esas poblaciones clave en su respectiva región y definir los lineamientos técnicos de las Iniciativas Focalizadas de Prevención dirigidas a realizar prevención en esos grupos. Los objetivos definidos por el MINSAL para este nivel de trabajo, son socializar aprendizajes de prevención entre pares y promover ambientes sociales que valoren la prevención, con intervenciones comunitarias focalizadas. Estas acciones preventivas son diseñadas y ejecutadas en forma descentralizada en cada región, por organizaciones no gubernamentales, tales como grupos juveniles, clubes deportivos, asociaciones culturales y religiosas, juntas de vecinos, entre otras, las cuales son presentadas a la SEREMI de Salud en la forma de proyectos que son seleccionados y financiados en el marco de la RRIP.

- **Nivel Individual**

Las acciones de prevención en este nivel de trabajo están dirigidas a cada persona. El objetivo es entregar apoyo personalizado a quienes lo requieran, para mejorar la capacidad individual de gestionar el riesgo propio, suministrando información y orientación a cada persona, mediante la Consejería para la Prevención del VIH, la cual está regulada en la ley del SIDA y que toma como principio fundamental, el consentimiento informado. A través de esta estrategia, se espera reducir la posibilidad de adquirir el VIH o una ITS (prevención primaria), otorgar asesoría a las personas viviendo con VIH para evitar que contraigan otras enfermedades de transmisión sexual, disminuir el riesgo de transmisión del virus a otras personas (prevención secundaria), además de incentivar la adhesión permanente al tratamiento, el cual es de por vida.

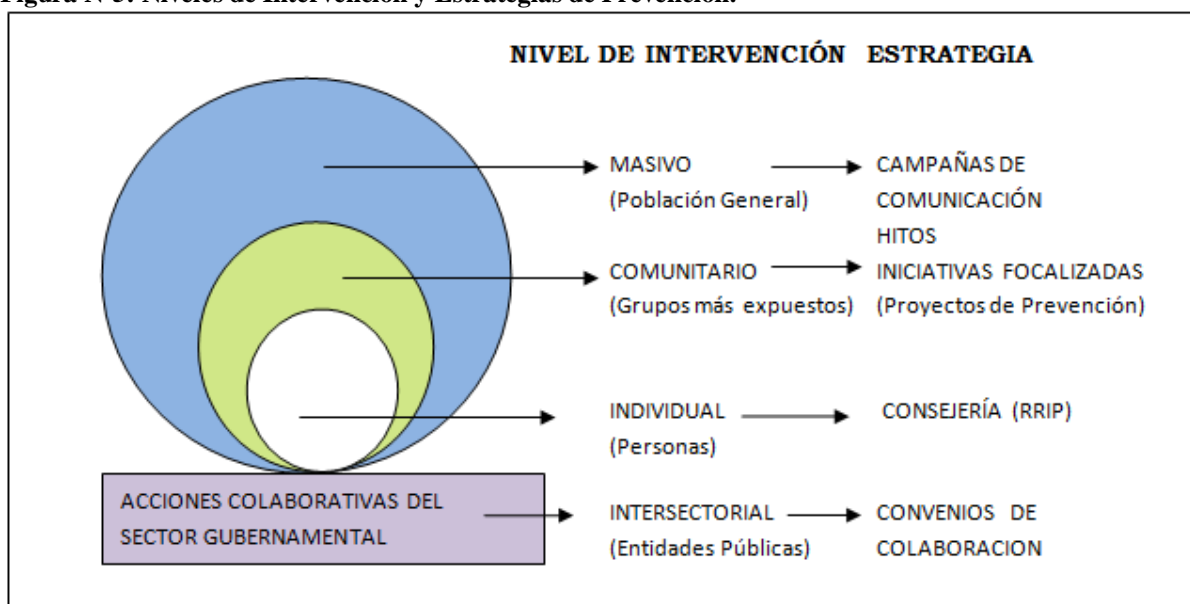
Como se describe en el capítulo cinco, las actividades de Consejería son articuladas por las SEREMIS de Salud, formando parte de la RRIP, pero quienes otorgan la consejería, son los Servicios de Salud, prestadores de salud privados y ONGs existentes en la región.

- Adicionalmente el Programa Nacional de Prevención, distingue un cuarto nivel de trabajo, referido a la **coordinación intersectorial de diferentes entidades gubernamentales**, a través del cual se pretende potenciar las intervenciones efectuadas en los otros niveles de trabajo mencionados. El objetivo del trabajo a Nivel Intersectorial, declarado por el MINSAL, es sensibilizar y articular áreas de colaboración con distintos organismos del Estado e Instituciones del ámbito público y privado, en función de potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/SIDA, extender la cobertura y dar sostenibilidad a las estrategias de prevención. Las acciones en este nivel se derivan de convenios y acuerdos de trabajo interministeriales, orientados a la prevención del VIH y las ITS (MINSAL, 2009).

Si bien es cierto que la coordinación intersectorial está establecida conceptualmente en el Programa Nacional de Prevención y Control de la enfermedad, como un ámbito de trabajo, en la práctica éste no ha sido suficientemente desarrollado, como se puede constatar en el capítulo seis, sobre Análisis de la implementación de la RRIP en la región de Valparaíso.

En la figura N°5, se grafica conceptualmente los niveles de intervención de la prevención del VIH/SIDA y las ITS, haciendo mención a las estrategias diseñadas por el MINSAL para cada nivel.

Figura N°5: Niveles de Intervención y Estrategias de Prevención.



Fuente: Adaptado de la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS, MINSAL, 2009.

4.2. Ejes Centrales de la Estrategia de Prevención del VIH y las ITS

El trabajo en Prevención desarrollado por el MINSAL, a través del Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (ex CONASIDA), se focaliza principalmente a fortalecer la capacidad de las personas para gestionar el riesgo y disminuir su vulnerabilidad frente al VIH. En efecto, el Programa de Prevención explicita que los ejes centrales de las estrategias de prevención del VIH y las ITS, son la **Gestión del Riesgo y la Reducción de la Vulnerabilidad**.

De acuerdo al marco conceptual inserto en ese Programa, el riesgo se refiere a una probabilidad de contraer el VIH determinada por la conducta individual; en cambio, la vulnerabilidad está dada fundamentalmente por factores externos al individuo y por elementos determinantes del proceso salud-enfermedad (MINSAL, 2009). Ambos ejes estratégicos orientan el trabajo preventivo y de control de la epidemia, en todos los niveles de intervención mencionados precedentemente.

En el recuadro siguiente se amplían ambos conceptos, tomando las definiciones del MINSAL y de ONUSIDA.

La Gestión de Riesgo

Está determinada por el conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones de las personas y en la implementación de estrategias de auto cuidado, siendo en esencia un proceso dinámico. Implica una serie de momentos que las personas requieren vivir y asumir de manera progresiva, de forma tal que le facilite el desarrollo de la autonomía y el compromiso con las conductas preventivas desarrolladas. Si bien es importante contar con información adecuada, ésta, en sí misma no es suficiente para que se desarrollen conductas preventivas (MINSAL, 2009). Se agrega que si bien, **la gestión de riesgo** se centra en las conductas individuales, existen situaciones y contextos sociales que rodean a las conductas, que aumentan las condiciones de riesgo individual, tales como el consumo de alcohol y otras drogas vinculado a prácticas sexuales, contextos de riesgo, que deben ser considerados en el diseño de las estrategias de prevención.

Por su parte, ONUSIDA señala que **el riesgo relacionado con el VIH**, se define como la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por VIH, agregando que existen comportamientos que crean, aumentan y perpetúan el riesgo, como por ejemplo, el tener relaciones sexuales sin protección con una pareja respecto de la cual se desconoce su estado serológico sobre el VIH.

La Vulnerabilidad

Tanto para el MINSAL como para ONUSIDA, la vulnerabilidad en la temática del VIH/SIDA y las ITS deriva de una serie de factores que están fuera del control de la persona que disminuyen la capacidad de ésta y de las comunidades, para evitar el riesgo de adquirir el VIH o una infección de transmisión sexual (ONUSIDA, 2008; MINSAL, 2009). Entre los factores determinantes de la vulnerabilidad al VIH, figuran la falta de conocimientos y de aptitudes para el autocuidado y para proteger a los demás, dificultad para acceder a servicios preventivos y de atención, ya sea por distancia, escasa oferta de servicios, costo, etc., normas sociales y culturales que incluyan prácticas o creencias que estigmatizan y por tanto limitan la capacidad de las personas a usar servicios de prevención, las relaciones entre sexos, la cultura, la pobreza. La presencia de cualquiera de estos factores puede crear o aumentar la vulnerabilidad de personas y comunidades al riesgo de contraer el VIH. (ONUSIDA, 2008).

No obstante que pueden ser muchos los factores que determinan la vulnerabilidad al VIH, la Estrategia Nacional de Prevención establece cinco dimensiones, desde las cuales analiza la vulnerabilidad de las personas y de los grupos frente al VIH y las ITS. De esta forma distingue una dimensión individual, social, económica, política y de género. Esta última se incluye como una dimensión distinta, argumentado que la manera en que se entiende lo femenino y lo masculino en una sociedad, será un elemento fundamental al momento de hacer un análisis de la vulnerabilidad y riesgo de las personas frente al VIH y las ITS. Complementariamente, se señala que el aumento del VIH en mujeres, tendencia observada a nivel mundial y también en nuestro

país, no puede ser entendido, ni abordado, sin un análisis de la subordinación de género, las desigualdades e inequidades sociales y la discriminación social (MINSAL, 2009).

Por otra parte, es necesario mencionar que la Estrategia Nacional de Prevención que sienta las bases de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA y las ITS, se sustenta en las políticas nacionales de salud, en los criterios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, del ONUSIDA, los compromisos nacionales e internacionales adquiridos por nuestro país en relación al VIH/SIDA, como asimismo en el respeto a un conjunto de derechos sustentados por la comunidad internacional, tales como derecho a decidir libremente, en conciencia e informado, respeto por la dignidad de las personas, derecho a la privacidad y confidencialidad, derecho a la no discriminación, todos los cuales han sido incorporados en la ley del SIDA y en otras normas relacionadas.

También recoge los criterios orientadores sugeridos por ONUSIDA, dirigidos a formular respuestas a la epidemia acordes a la realidad de cada país y a sus particularidades regionales. Estos criterios dicen relación con promover los siguientes principios:

- Equidad en el acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento,
- Participación, tanto de los sectores públicos, privados y de la sociedad civil organizada,
- Intersectorialidad, entendida como el trabajo coordinado entre organismos del Estado, instituciones públicas y privadas, centros académicos, ONG y organizaciones comunitarias, vinculadas a la temática del VIH/SIDA y las ITS.
- Descentralización de las estrategias preventivas, a fin de crear capacidad de gestión y responder más directamente a las necesidades locales. Una forma de descentralización se expresa en los Planes Regionales de Prevención coordinados por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en cada Región adecuados a las realidades epidemiológicas y culturales locales.

A continuación se hace referencia a los principales compromisos nacionales e internacionales contraídos por Chile, en relación a la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

4.3. Compromisos Nacionales e Internacionales que sustentan la Estrategia de Prevención del VIH y las ITS

4.3.1. Compromisos Nacionales.

4.3.1.1. Cumplimiento de Normas Legales en relación al VIH/SIDA

En nuestro país, el marco legal que regula la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el VIH se encuentra contenido fundamentalmente en la ley N°19.779 publicada en el año 2001, denominada Ley del SIDA, que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana. Complementa la ley, el Decreto N°182 de 2005 del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento de la citada ley y el Decreto N°45 de 2011, del MINSAL, que modifica el Decreto N°182/05, en el sentido que establece que el examen de detección se realizará siempre en el caso de las embarazadas, en el control prenatal y además faculta al médico, para contactar en forma reservada, a las parejas sexuales que una persona VIH positiva haya voluntariamente indicado poseer y a las cuales no ha hecho concurrir a atención de salud.

En efecto, la ley del SIDA asigna al Estado la responsabilidad de la prevención y el control del VIH/SIDA, quedando claramente establecido en su texto al expresar lo siguiente:

“corresponde al Estado la elaboración de políticas orientadas a la prevención y control de la pandemia”. Y agrega: “estas políticas deberán formularse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad”.

Otros compromisos importantes de mencionar, surgen del Régimen General de Garantías en Salud, (GES) establecido en la Ley N°19.966/2005 y en el Decreto N°1 de 2010 del MINSAL, que en su artículo 1°, numeral 18, incluye el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA como uno de los 69 problemas de salud con garantías explícitas de acceso, oportunidad y protección financiera, para el tratamiento de todas las personas VIH positivas confirmadas, que cumplan con los criterios de inclusión especificados en la Norma Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.

Al respecto, se debe señalar que desde el 01 de julio de 2005, el Estado asume el compromiso legal de garantizar cobertura del 100% del tratamiento antirretroviral y los exámenes de monitoreo, para las personas que se encuentran en las fases de la enfermedad descrita en la norma mencionada, debiendo otorgar de por vida los tratamientos antirretrovirales a esos beneficiarios.

En lo específico, en la actualidad se incorporan las siguientes garantías:

- Con confirmación diagnóstica, Acceso a exámenes de monitoreo, según corresponda.
- Con confirmación diagnóstica, Acceso a Tratamiento Antirretroviral si el beneficiario cumple con los criterios de inclusión y a continuarlo.
- En Embarazadas VIH positivas, Acceso a protocolo de Prevención de Transmisión Vertical, que incluye Terapia Antirretroviral durante el embarazo, parto y al recién nacido.
- Tratamiento para suspensión de lactancia materna
- Alimentación suplementaria al recién nacido, hasta los seis meses.
- Oferta del Test de Elisa en el control prenatal, a todas las embarazadas. Este examen es obligatorio de realizar a partir de noviembre de 2011 y su objetivo es eliminar la transmisión vertical del VIH.

Si bien es cierto que el acceso oportuno a tratamiento es considerada en sí misma una medida preventiva para evitar la transmisión secundaria, en el GES no se incluyen prestaciones para la prevención primaria, adicionales a la prevención vertical.

Otras normas relacionadas con la temática VIH/SIDA, se indican en el Anexo B de este estudio.

4.3.1.2. Compromisos en el Marco de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020

En este acápite se hace referencia a los objetivos sanitarios de los períodos 2000 al 2010 y 2011 al 2020 que incluyen la temática del VIH/SIDA, en consideración a que proporcionan las bases para la definición de las líneas de intervención en el control y prevención de la enfermedad. Las metas establecidas para cada objetivo, se mencionan sólo a modo ilustrativo y por lo tanto en este estudio, no se realizará una evaluación de su cumplimiento.

La Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, diseñada por el MINSAL en el año 2009, incorporó los Objetivos Sanitarios definidos por ese Ministerio para la década 2000 al 2010, en lo pertinente a la prevención y la atención del VIH/SIDA en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo específico vinculado a Salud Sexual: “Promover conductas sexuales seguras como la única manera de prevenir la infección por VIH/SIDA y las ITS y evitar los embarazos adolescentes no deseados”. Se estableció como meta el “Incremento del uso de preservativo” en los porcentajes que se indican a continuación:

- “a 50% en la iniciación sexual y en jóvenes entre 15 y 19 años sexualmente activos y
- a 60% en personas con más de una pareja sexual.”

Objetivo específico vinculado al enfrentamiento de las enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad: “Quebrar tendencia ascendente de la curva de mortalidad y prevenir la transmisión vertical del VIH”. Al respecto la meta fue reducir la tasa de transmisión vertical de 30% a 5% al 2010 (MINSAL, 2008).

Por su parte, la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020⁹, elaborada por el Gobierno actual, también incluyó el VIH/SIDA, en los siguientes objetivos específicos:

Objetivo Específico: Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA

Meta al 2020: Mantener la tasa de mortalidad proyectada en 1,2 por 100.000 habitantes. Cabe señalar que la tasa observada en el 2010 para este indicador, fue de 2,0 por 100.000 habitantes.

Para alcanzar este objetivo y la meta definida, el gobierno propone las siguientes estrategias:

- Aumentar la toma de examen de pesquisa del VIH,
- Estimular el ingreso precoz a tratamiento,
- Desarrollar un modelo de focalización y priorización en personas con riesgo de abandono de tratamiento y
- Fortalecer el Modelo de Atención Integral.

Objetivo específico: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes.

Meta: aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente”, para lo cual se deberá pasar de un 34,9% en el 2010 a un 42% en el 2020.

Para el logro de este objetivo, se plantean las siguientes estrategias de intervención:

- Fortalecer los Planes de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva desde las SEREMIS de Salud, a través de mantener la continuidad del Consejo Regional del VIH y de la Mesa Regional de Consejería, ambas en el contexto de la RRIP.
- Elaboración periódica de recomendaciones de políticas públicas referidas a sexo seguro. Al respecto, cabe precisar que ONUSIDA distingue que es preferible usar la expresión relaciones sexuales más seguras, en lugar de sexo seguro, porque refleja de mejor manera

⁹ Para una revisión completa de los Objetivos y Metas Sanitarias para la década 2011-2020, ver Documento Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, MINSAL (2011).

que se pueden elegir opciones y conductas para minimizar el riesgo de adquirir el VIH u otra ITS.

- Programa de comunicación permanente en temas de salud sexual y reproductiva,
- Aumentar la cobertura de la consejería en salud sexual y reproductiva en espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes,
- Aumentar la entrega de preservativos en espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes.

Al respecto, es necesario mencionar que la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, en materia de VIH/SIDA sólo viene a mantener las líneas de intervención implementadas en la década anterior, sin agregar innovación ni profundidad a las acciones preventivas que se venían desarrollando.

4.3.1.3. Compromisos en el Marco de los Planes Regionales de Salud Pública (PRSP)

En relación al VIH/SIDA, las SEREMIS de Salud, también denominadas Autoridad Sanitaria Regional, tienen la responsabilidad y el desafío fundamental de diseñar e implementar en la respectiva región, políticas públicas para el control y prevención de esta epidemia como también efectuar la vigilancia epidemiológica de la enfermedad. En este sentido, el compromiso de las SEREMIS de Salud, acogiendo las orientaciones del MINSAL, ha sido integrar la prevención del VIH y las ITS en el componente salud sexual de los Planes Regionales de Salud Pública, con el propósito de generar mayor sinergia en las intervenciones y por consiguiente incrementar la efectividad de las estrategias preventivas, además de incorporar en los PRSP, la ejecución de proyectos de prevención, focalizados a poblaciones clave de mayor riesgo al VIH.

4.3.2. Compromisos Internacionales

A continuación se mencionan los principales compromisos adquiridos por Chile, vinculados a iniciativas internacionales en relación a la prevención y control del VIH/SIDA:

4.3.2.1. Metas del Milenio a ser cumplidas el año 2015.

Chile asumió las Metas del Milenio, incluyendo aquellas que dicen relación con el VIH/SIDA. En lo específico, los compromisos adquiridos hacen referencia a incrementar el uso persistente del preservativo en población juvenil, aumentar el conocimiento correcto sobre los modos de transmisión y la prevención del VIH en población juvenil, lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA, reducir la mortalidad por SIDA (MINSAL, 2008), eliminar la transmisión vertical y revertir el curso de la epidemia.

4.3.2.2. Iniciativa de Aceleración de Acceso a Tratamiento Antirretroviral de ONUSIDA.

Esta iniciativa está orientada a que los países alcancen el 100% de cobertura de acceso a Tratamiento Antirretroviral en el Sistema Público de Salud para quienes lo necesitan. Con aportes económicos del Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Chile logra alcanzar el 100% de cobertura a Terapia Antirretrovírica. Posteriormente, en julio de 2005, se institucionaliza el financiamiento de estos tratamientos, con la incorporación del acceso a tratamiento antirretroviral en las Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966), siendo financiado íntegramente con recursos del Presupuesto Público de Salud.

4.4. Principales Actores de la Estrategia Nacional de Prevención del VIH y las ITS.

Las instancias que se mencionan a continuación conforman los principales actores de la RRIP, dado los roles que les corresponde desarrollar.

4.4.1. Ministerio de Salud (MINSAL)

En el ámbito del VIH/SIDA, es el organismo político y técnico encargado de liderar las actividades para la prevención y el control de la epidemia. Le corresponde actuar como referente del más alto nivel, articulador de la respuesta nacional para el control y prevención de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, definir las orientaciones políticas y técnicas para la RRIP, proporcionar los recursos para su implementación. Asimismo debe controlar y evaluar el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS y las respuestas regionales, entre otras funciones.

Colaboran en estas funciones, tres importantes departamentos del MINSAL, cuyos roles principales vinculados al VIH/SIDA, se describen a continuación

4.4.1.1. Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (ex CONASIDA)

En Chile, desde la notificación de los primeros casos de SIDA en el país, ocurrida en 1984 y hasta el año 1990, la infección por VIH fue abordada dentro del Programa de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Ministerio de Salud. Sin embargo, dada la especificidad y complejidad de esta enfermedad, en mayo de 1990, durante la presidencia de Patricio Aylwin Azócar, se decide crear una Comisión Interministerial permanente del más alto nivel, asesora del Ministerio de Salud, para fijar las políticas específicas que permitan enfrentar de manera coordinada el VIH/SIDA. Es así que por Decreto Exento N° 06 de 1990, modificado por Decreto Exento N° 58 de 2005, ambos de esa Secretaría de Estado, se crea la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), como el organismo técnico responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa de Prevención y Control del SIDA en Chile. Como se mencionó anteriormente, a partir de 1997 CONASIDA también asume la responsabilidad del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

El objetivo de CONASIDA era proponer al Ministro de Salud las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una efectiva prevención, vigilancia, pesquisa y control del VIH/SIDA¹⁰.

Con el paso del tiempo CONASIDA se transformó en un departamento del Ministerio de Salud, perdiendo su carácter interministerial, hasta que en el año 2010 pasó a denominarse oficialmente “Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS” dependiente de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública.

¹⁰ CONASIDA, Comisión creada por Decreto Exento N° 06 de 1990, modificado por Decreto Exento N° 58 de 2005, ambos del Ministerio de Salud. (en línea)

http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/g_divisiones/g_diprece/g_conasida/conasida_web.html >(consulta: 05 junio 2010)

La misión principal asignada a este departamento es desarrollar Política Pública de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA y las ITS, para disminuir la transmisión de estas enfermedades, reducir la morbilidad y la mortalidad a causa de ellas, disminuir la discriminación de personas en situación de vulnerabilidad. Asimismo le corresponde coordinar la respuesta al VIH, a través de un trabajo participativo, intersectorial y descentralizado¹¹. Complementariamente se le ha definido dentro de sus objetivos, el disponer de información actualizada y oportuna para la gestión del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS.

4.4.1.2. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Otro importante referente nacional del Ministerio de Salud, es el Departamento de Epidemiología, encargado de la función específica de realizar la vigilancia epidemiológica de enfermedades, entre ellas la del VIH/SIDA y las ITS, que permita disponer de información sobre el comportamiento de la epidemia. En términos generales, le corresponde además, efectuar el seguimiento y evaluación de impacto de las políticas e intervenciones sanitarias, incluyendo aquellas dirigidas a prevenir y controlar esta enfermedad. Como antecedente histórico, se puede agregar que hasta abril del año 2005, la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA fue realizada por CONASIDA, siendo traspasada esa función al Departamento de Epidemiología a contar de esa fecha.

4.4.1.3. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Este Departamento del MINSAL es el encargado de generar, administrar y difundir la información estadística oficial del sector salud, la cual es analizada por el departamento de epidemiología. También le corresponde mantener series históricas de estadísticas del sector salud.

Tanto el Departamento de Epidemiología como el de Estadísticas e Información de Salud, están ubicados dentro de la División de Planificación Sanitaria, de la Subsecretaría de Salud Pública.

Cabe hacer presente que los últimos datos estadísticos oficiales publicados por el DEIS a través de su página web, para la mayoría de los indicadores nacionales de vigilancia del VIH/SIDA, corresponden al año 2010, en particular la mortalidad por SIDA, evidenciando que existe un desfase en la información, entre la oportunidad que se produce, recopila, procesa y publica oficialmente. Este desfase se hace más notorio aún en la información regional divulgada por el MINSAL, en que los escasos indicadores regionales encontrados en su sitio web se refieren al año 2008 y 2009, siendo el único sitio que tiene publicado algunos datos con estadística regional en relación al VIH/SIDA.

4.4.2. Las Autoridades Sanitarias Regionales (SEREMIS de Salud)

Las SEREMIS de Salud localizadas en cada región del país, tienen la responsabilidad de mantener actualizados los Diagnósticos Epidemiológico y de Vulnerabilidad de la región, coordinar y articular la implementación de la RRIP del VIH, promover acciones de prevención, prestar asesoría técnica en esta materia, elaborar el Plan Regional de Salud Pública y asignar los recursos para su ejecución, realizar la vigilancia epidemiológica en la región, de todas las

¹¹ Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS, MINSAL, 2009 (en línea).
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/g_divisiones/g_diprece/g_conasida/conasida_web.html>

enfermedades de notificación obligatoria, entre las cuales se encuentran el VIH/SIDA y otras ITS¹².

Además, les corresponde implementar las acciones pertinentes para el cumplimiento de los objetivos sanitarios y las metas establecidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 como asimismo, realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y de las acciones ejecutadas por los organismos del sector salud en la región (Decreto N°136/04, Reglamento del MINSAL).

En suma, son responsables de articular, coordinar, implementar y evaluar la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH y las ITS, sobre la base de un trabajo intersectorial, participativo, descentralizado y adecuado al perfil epidemiológico local.

4.4.3. Las Redes Asistenciales

Se encuentran conformadas por los Servicios de Salud de la respectiva región, también denominados Gestores de Red, los establecimientos hospitalarios y Consultorios de Atención Primaria existentes dentro del territorio geográfico jurisdiccional asignado. Las Redes Asistenciales constituyen el referente principal para la consejería, la atención integral, el tratamiento y el apoyo a las personas que viven con VIH. También deben realizar el seguimiento de los casos confirmados, al interior de la Red y fuera de ella, capacitar a los equipos profesionales que efectúan funciones de atención y otorgar las prestaciones de consejería.

4.4.4. El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP)

En el tema del VIH/SIDA, este Servicio Público es el referente nacional encargado de la confirmación de los resultados de los exámenes de VIH de todo el país y del estudio de la vigilancia de resistencia a antibióticos, cumpliendo un rol preponderante en los procesos de diagnóstico de laboratorio. Si bien es un organismo que tiene autonomía de gestión, depende técnicamente del MINSAL para la aprobación de sus políticas, normas y planes de actividades, correspondiendo al Ministerio supervisar su ejecución.

4.4.5. Sociedad Civil Organizada.

Otro actor relevante en la Respuesta Nacional a la epidemia, es la sociedad civil organizada. Existen diversas organizaciones vinculadas a población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), minorías sexuales, trabajadoras sexuales, población transexual y personas viviendo con VIH, entre otras.

Se congregan fundamentalmente en torno a dos redes con trabajo en VIH/SIDA: la Asamblea de Organizaciones Sociales y No Gubernamentales con Trabajo en SIDA (ASOSIDA) y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA (VIVO POSITIVO). Estas organizaciones han asumido un rol relevante en aspectos como, el control ciudadano, instalación del tema VIH/SIDA en la agenda pública, en la gestión de estrategias enfocadas a reducir el impacto de la epidemia en el país, la ejecución de proyectos de intervención a través de la RRIP, entre otros.

¹² El listado completo de las enfermedades de notificación obligatoria se encuentran en el DECRETO N°158/04 del MINSAL, actualizado por DECRETO N°147/05 y Decreto N°55/08.

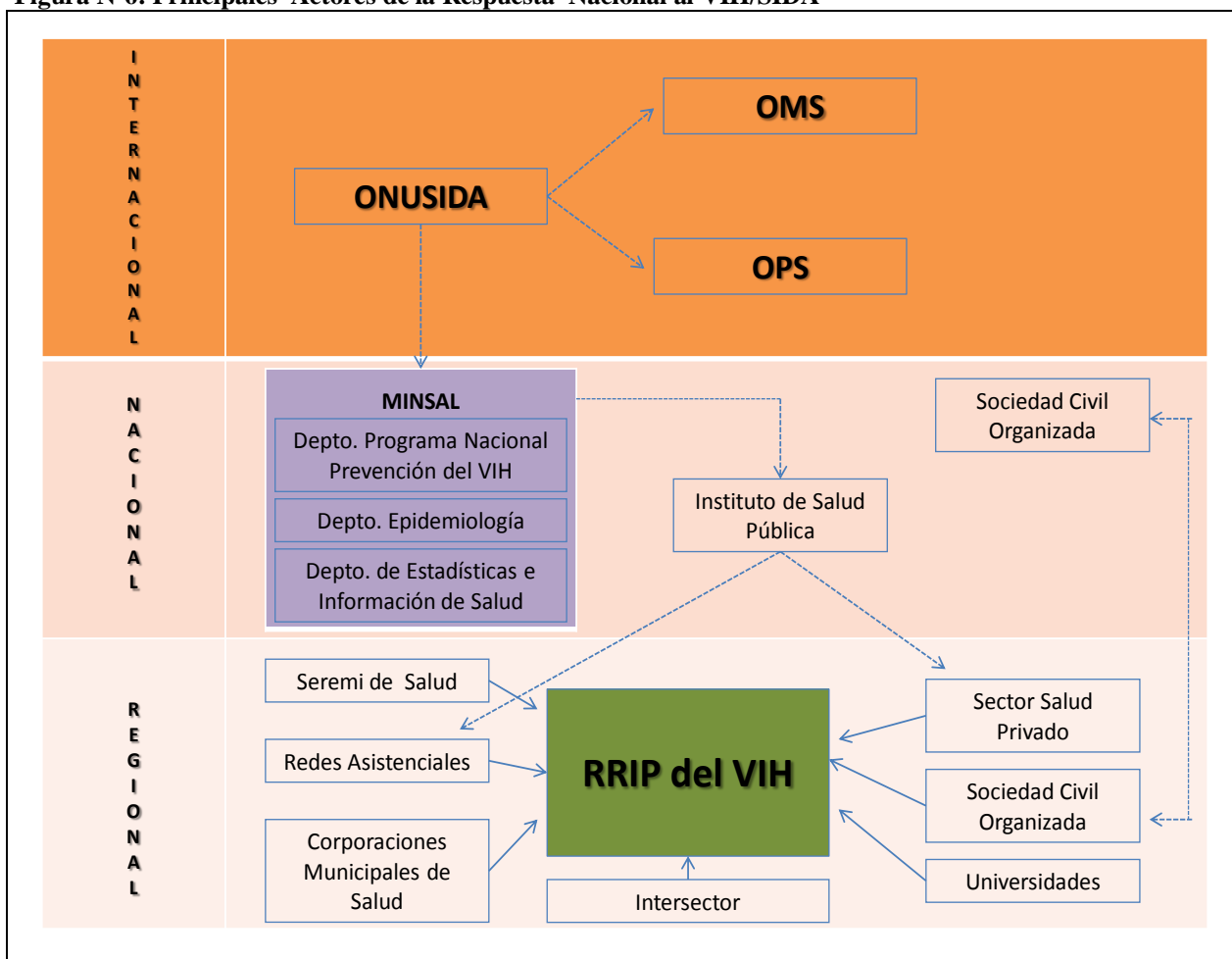
Sin embargo, es importante mencionar que la participación de la sociedad civil ha disminuido notoriamente en las instancias de coordinación nacional y regional para el VIH/SIDA, a partir de la suspensión del proyecto Fondo Global, ocurrida en el 2008, período desde el cual se produjo una disminución sistemática de los fondos destinados al fortalecimiento de la sociedad civil, como parte de la respuesta al VIH (MINSAL/ONUSIDA, 2010).

4.4.6. Agencias de Naciones Unidas – OPS/OMS.

Las Agencias de Naciones Unidas – OPS/OMS con presencia en Chile y que forman el Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), cumplen un rol destacado en prestar asistencia técnica a los diversos actores de la Respuesta Nacional, además de efectuar seguimiento a los progresos realizados por Chile en la aplicación de los compromisos UNGASS.

A modo de síntesis, la figura N°6 muestra los actores mencionados precedentemente, involucrados en la respuesta nacional y en la RRIP.

Figura N°6: Principales Actores de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA



Fuente: Elaboración propia.

5. LA ESTRATEGIA REGIONAL DE PREVENCIÓN: LA RESPUESTA REGIONAL INTEGRADA EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO.

En este capítulo se entrega un conocimiento descriptivo de la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH de la región de Valparaíso.

Con la finalidad de contextualizar la estrategia en la región seleccionada, se ha considerado necesario iniciar su desarrollo con antecedentes generales y epidemiológicos del VIH/SIDA, de la región para proseguir con una breve reseña de las iniciativas que precedieron la creación de la RRIP como estrategia de prevención. En las secciones siguientes, se hace referencia a los objetivos de la RRIP, sus ejes estratégicos y las instancias de coordinación regional que conforman la Respuesta Regional al VIH.

Finaliza el capítulo, con la descripción del proceso que se lleva a cabo en el marco de la RRIP, para la ejecución de las Iniciativas Focalizadas de Prevención. Previo al desarrollo del contenido, es preciso consignar que en el presente estudio los actores de la RRIP no conforman la unidad de análisis, sin embargo se considera necesario mencionarlos para dar una visión descriptiva de la estrategia.

5.1. Antecedentes Generales y Epidemiológicos de la Región.

La región de Valparaíso es la tercera región más poblada del país, después de la región Metropolitana y la región del Biobío, con una población estimada de 1.759.167 habitantes para el año 2010, de acuerdo a proyecciones del INE, representando el 10,3% de la población total estimada, para ese mismo año. El 49,3% de la población corresponde a hombres y el 50,7% a mujeres, siendo la población eminentemente urbana (91,5% de la población regional).

Administrativamente se encuentra dividida en ocho provincias y treinta y ocho comunas, como se aprecia en la figura N°7, siendo las provincias de Valparaíso y Marga Marga las que concentran el 56% de la población de la región. Posee dos importantes puertos marítimos, Valparaíso y San Antonio, siendo también sede del principal puerto terrestre del país, asentado en la ciudad de Los Andes, que a través del paso fronterizo Los Libertadores sirve de corredor terrestre para el comercio internacional, teniendo además un importante flujo de turistas.

En cuanto a la estructura poblacional, la región muestra una mayor proporción de mujeres con un índice de masculinidad observado para el año 2010 de 97,0 hombres por cada 100 mujeres.

En ese mismo año la pobreza en la región alcanzó un 15,3%, sobrepasando el promedio país, que fue de 13,7%, siendo éste un importante indicador de vulnerabilidad social y condiciones de vida¹³. En efecto la pobreza es un factor que contribuye a aumentar el riesgo de las poblaciones clave con mayor exposición al VIH, ya que puede incentivar comportamientos sexuales menos seguros.

¹³ Fuente: “Diagnóstico Regional de Salud con Enfoque de Determinantes Sociales, 2010”. SEREMI de Salud, Región de Valparaíso, Departamento de Salud Pública.

Figura N°7: Mapa Político Administrativo de la Región de Valparaíso.



Fuente: SEREMI de Salud Región de Valparaíso

Antecedentes del VIH/SIDA en la Región

Tal como se mencionó en el capítulo dos, la región de Valparaíso presentó uno de los primeros casos de SIDA en Chile, notificado en el año 1984, en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Desde ese año y hasta el 2010, en la región se han notificado 3.071 personas viviendo con VIH o SIDA. El 52% de las personas confirmadas, fueron inicialmente notificadas como VIH y el 48% como casos ya en etapa SIDA, siendo la segunda región del país con la más alta prevalencia de personas viviendo con esta enfermedad. Es así que durante el año 2009 se confirmaron 230 personas con VIH o SIDA y en el año 2010 se notificaron 306 nuevos casos. Las comunas que presentan tasas de notificación por sobre la media regional son, Valparaíso, San Felipe, Cartagena, San Antonio y Viña del Mar¹⁴.

Al analizar el número de casos confirmados por 100.000 habitantes, en los últimos tres quinquenios¹⁵, la región de Valparaíso se ubica en el cuarto lugar dentro de las regiones con mayores tasas de VIH/SIDA, sólo superada por las regiones de Antofagasta, Tarapacá y Arica y Parinacota¹⁶.

Respecto a la distribución de los casos según etapa de la enfermedad y sexo, la región presenta una situación similar a la del país, por cuanto el número de casos en hombres supera al de

¹⁴ Fuente: Informe Evolución del VIH/SIDA, 1984-2009 en la Región de Valparaíso, Oficina Provincial Aconcagua.

¹⁵ Se consideran los quinquenios 1997-2001, 2002-2006 y 2007-2011, según Informe Nacional Evolución del VIH/SIDA, Chile 1984-2011, MINSAL 2011.

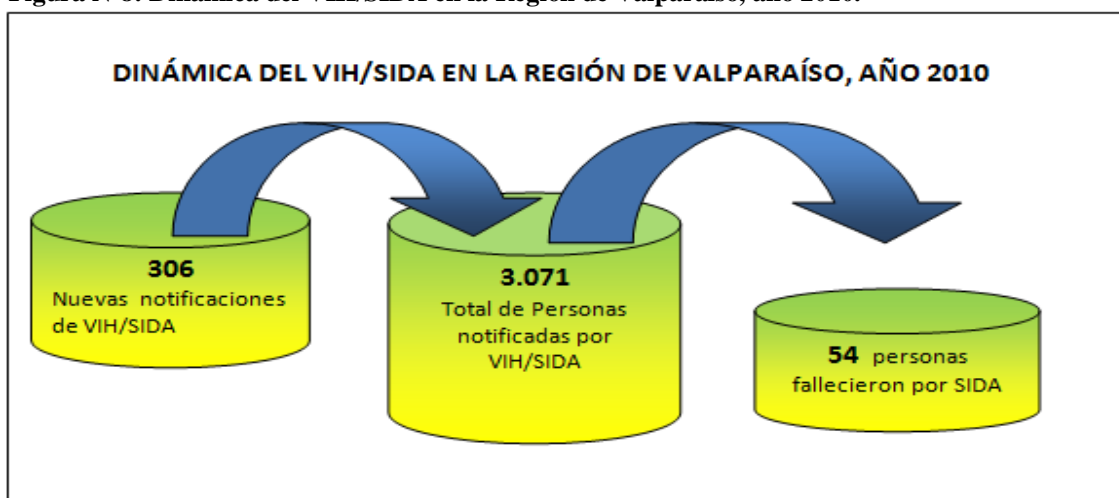
¹⁶ Informe Evolución del VIH-SIDA, CHILE 1984-2011, del Departamento de Epidemiología del MINSAL.

mujeres, tanto en VIH como en SIDA, registrándose una disminución en la razón hombre:mujer, que en el quinquenio 2005-2009 fue de 2,7 en VIH y de 6,1 en SIDA¹⁷.

Referente a la mortalidad por SIDA en la región, entre los años 1990 y 2010, se produjeron 939 muertes por esta causa. La tasa de mortalidad mostró un incremento sostenido hasta el año 2001, en que se observó la cifra más alta del período llegando a 3,98 muertes por 100.000 habitantes. Desde el 2002 al 2010 se ha observado una tasa de mortalidad relativamente estable, en 3 muertes por 100.000 habitantes, con excepción del año 2008, en que la tasa fue de 2,5.

En la figura N°8, se representa la dinámica de la epidemia del VIH/SIDA en la región de Valparaíso, gráfica adaptada del documento de posición política de ONUSIDA, 2005, en la cual se puede apreciar que anualmente el número de nuevas infecciones, considerando sólo las personas notificadas, es superior a la cantidad de defunciones a causa del SIDA, situación que tiende a incrementar la prevalencia de la enfermedad y que de no revertirse esa dinámica, se pone en serio riesgo el control de la epidemia en la región.

Figura N°8: Dinámica del VIH/SIDA en la Región de Valparaíso, año 2010.



Fuente: Adaptado a partir del documento “Intensificación de la Prevención del VIH”, ONUSIDA 2005.

A lo anterior se debe agregar que la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, reveló que en la variable número de parejas sexuales por persona, la región de Valparaíso presenta el más alto promedio de parejas sexuales en la vida, con 7,2 parejas promedio por persona, excediendo la media nacional que alcanzó a 4,9 parejas promedio por persona. Según esa misma fuente, sólo un 31,6 % del total de encuestados refirió haber usado preservativo en la primera relación sexual, siendo los más jóvenes quienes declararon un mayor nivel de uso del preservativo, disminuyendo su uso conforme aumenta la edad.

Estos dos hallazgos, indican que el alto número de parejas sexuales y el bajo uso de condón entre la población de la región, constituyen factores de riesgo para la transmisión de infecciones derivadas de conductas sexuales más riesgosas, entre ellas el VIH, cobrando mayor relevancia en esta región, el imperativo de implementar estrategias de prevención.

¹⁷ Informe Evolución del VIH/SIDA, en la región de Valparaíso, 1984-2009, SEREMI de Salud Valparaíso, 2010.

5.2. Antecedentes de la Respuesta Regional Integrada de Prevención

Recogiendo los lineamientos técnicos y políticos de ONUSIDA, entre los cuales sugiere a los países generar respuestas descentralizadas, adaptadas a la situación epidemiológica y social de cada región, en el año 1996 el Ministerio de Salud inicia políticas descentralizadas de la prevención del VIH mediante la implementación de proyectos intersectoriales en regiones priorizadas por ese Ministerio.

Esta política se profundizó en el año 2000, con la implementación de los Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, en todas las regiones del país, asignando a las SEREMIS de Salud, el rol de articular y liderar el trabajo de prevención en las respectivas regiones. En ese contexto, las SEREMIS de Salud asumen la responsabilidad de definir las líneas de intervención en prevención, como también deben efectuar el monitoreo y evaluación de las actividades.

En el año 2006, el MINSAL decide profundizar este modelo, a través de la estrategia denominada Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH y las ITS (RRIP), a fin de generar en las regiones, acciones preventivas integradas y articuladas con otros servicios de prevención disponibles en cada una de ellas, sobre la base de los principios de equidad, participación y asociatividad de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA.

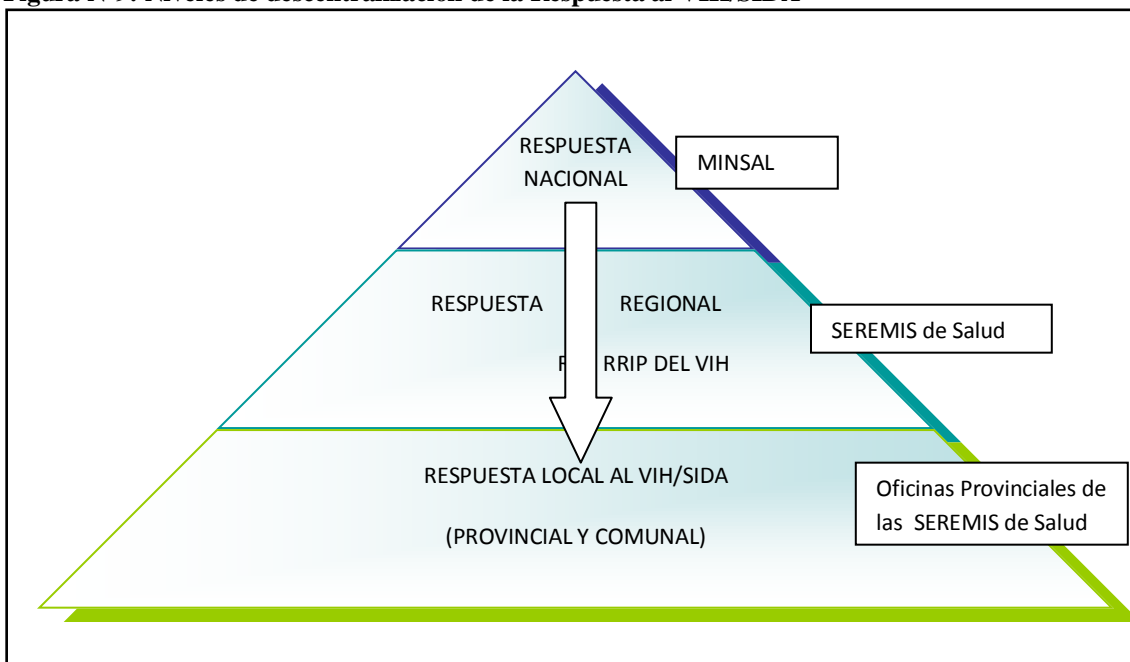
Específicamente, el Ministerio de Salud, como ente político responsable final del control de la epidemia, se propone generar, a través de la RRIP, respuestas locales pertinentes a la realidad biopsicosocial de la epidemia del VIH, adaptadas a las características y requerimientos de cada región. Asimismo, pretende que las regiones avancen en la coordinación de esfuerzos público-privado, mediante la integración de actividades y recursos de todos los sectores del Estado con presencia regional, que desarrollan temáticas interrelacionadas, vinculadas a la sexualidad, el desarrollo personal, el auto-cuidado y la promoción de la salud, incluyendo al sector privado, para intervenir más efectivamente en problemas relacionados con la salud sexual y en particular, al VIH y las ITS. Esta coordinación abarca también a la sociedad civil organizada, con trabajo en estos ámbitos.

En la región de Valparaíso, la RRIP es liderada por la SEREMI de Salud, específicamente por la funcionaria encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, quien además representa al SEREMI en el Consejo Regional del VIH.

Cabe señalar que la RRIP corresponde a una estrategia diseñada bajo un enfoque de política Top Down, ya que ha sido decidida y diseñada centralizadamente desde el MINSAL, entidad que ha definido los objetivos, orientaciones y contenidos de esta política, cuya implementación ha asignado a las SEREMIS de Salud respectivas, quienes asumen la responsabilidad de ejecutarla de manera descentralizada, conforme a las instrucciones de ese Ministerio, evidenciando una clara separación entre el diseño de la RRIP, concentrado en el nivel central y la ejecución o implementación, relegado a las regiones.

La figura N°9, sintetiza gráficamente el modelo elaborado por el MINSAL, para descentralizar la respuesta nacional al VIH y la estrategia de prevención, así como los organismos dependientes de ese Ministerio, responsables de liderar el control y la prevención de la enfermedad en cada nivel.

Figura N°9: Niveles de descentralización de la Respuesta al VIH/SIDA



Fuente: Elaboración propia

5.3. Objetivos de la Respuesta Regional Integrada de Prevención

El Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS elaborado por el MINSAL, el año 2009, señala que el propósito general de la Respuesta Regional Integrada en Prevención es contribuir a la disminución de la transmisión del VIH y las ITS y la discriminación en la región, implementando una respuesta preventiva integrada y articulada que profundice la focalización en poblaciones más expuestas al VIH y las ITS y asegure la continuidad de acciones comunitarias y comunicacionales en población general, así como articular la red de servicios y recursos preventivos existente en la región, con las iniciativas de prevención desarrolladas, aumentando su potenciación y sinergia” (MINSAL, 2009).

El Programa establece además, que todas las iniciativas y acciones de la RRIP, tanto en su diseño, implementación y evaluación, se deben sustentar en los principios estratégicos de **Intersectorialidad, Participación, Asociatividad, Equidad, Perspectiva de Género y Transparencia en los procesos administrativos.**

Complementariamente, se indica que la RRIP debe incorporar las siguientes estrategias, consideradas por el MINSAL transversales:

- Integración de la prevención de las ITS y del VIH.
- Articulación y coordinación de acciones, recursos y servicios de prevención disponibles en la región.

A continuación se fundamenta la relevancia de cada una de estas estrategias transversales:

- **Integración de la Prevención de las ITS en las Iniciativas de la Respuesta Regional:** Según estudios de la OPS, el riesgo de transmisión del VIH aumenta en presencia de infecciones de transmisión sexual no tratadas (OPS, 1998). A ello se agrega que las

mujeres tienen mayor probabilidad que los varones, de tener una ITS sin presentar síntomas y en consecuencia ésta no es tratada oportunamente, transformándose en un factor facilitador de la transmisión del VIH.

En virtud de lo anterior, ONUSIDA ha sugerido a los países diseñar estrategias de prevención integrando el VIH y las ITS. Es así que tomando esa recomendación y para hacer más efectivos los esfuerzos destinados a la prevención del VIH, en 1997 el MINSAL, traspasa a CONASIDA el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual, incorporando las acciones de prevención de las ITS, a las iniciativas de prevención del VIH, de manera que éstas se realicen en forma conjunta, profundizando la prevención de las ITS en la Respuesta Regional.

La implementación de esta estrategia significó para las SEREMIS de Salud, asumir el desafío de promover en la población de la región, conductas sexuales más seguras, entregar información adecuada para reducir el riesgo de adquirir una ITS, fomentar la consulta de salud temprana y el acceso al tratamiento oportuno de las ITS, con la finalidad de interrumpir la cadena de transmisión.

- **Articulación y coordinación de acciones, recursos y servicios de prevención disponibles en la región:** Como se mencionó en el capítulo anterior, una de las metas suscritas por Chile en el marco de los compromisos internacionales, es la de lograr acceso universal a la prevención del VIH para el año 2015. En ese contexto, la RRIP incorpora en su diseño, el acceso de las personas a los servicios preventivos disponibles en la región, como también la difusión de la existencia de estos servicios en la población. Los servicios en referencia, pueden estar instalados en el sector público de salud, en el sector privado asistencial, organizaciones sociales y comunitarias, provenir de otros sectores del Estado, tales como, el SERNAM, el INJUV, SENAME y Universidades, correspondiendo a las SEREMIS de Salud, a través de la RRIP, coordinarlos y articularlos, para garantizar acceso universal a la población.

5.4. Ejes Estratégicos de la Respuesta Regional Integrada de Prevención

Conforme al modelo y las directrices del MINSAL, la RRIP focaliza sus intervenciones en torno a cuatro ejes estratégicos, que orientan las iniciativas y las acciones de prevención a nivel regional y que se indican en la figura N°10. Estos son: Programa de Iniciativas Focalizadas de Prevención, Mesa Regional de Consejería, Iniciativas Comunitarias para población general y Actividades Comunicacionales masivas en la región. A continuación se detalla cada uno de estos ejes:

5.4.1. Programa de Iniciativas Focalizadas de Prevención (IFP): Este Programa se orienta a desarrollar intervenciones específicas para población con mayor riesgo de exposición al VIH y las ITS en la región, aplicando los criterios de vulnerabilidad definidos por el Ministerio de Salud y sobre la base de los Diagnósticos Epidemiológico y de Vulnerabilidad Regional. Las iniciativas focalizadas se materializan a través de proyectos, ejecutados por organizaciones de la sociedad civil, realizando intervenciones específicas de prevención en grupos de población más expuestos al riesgo del VIH. Estos proyectos son financiados con recursos del Plan Regional de Salud Pública, asignados al componente de Salud Sexual.

El rol que cumple la SEREMI de Salud en este programa, es identificar los grupos de población más expuestos al riesgo del VIH, de acuerdo a los diagnósticos antes mencionados, asignar los recursos a las iniciativas, seleccionar los proyectos, las entidades ejecutoras y evaluar los resultados.

Considerando la información regional disponible sobre las condiciones determinantes de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y las ITS, en la región de Valparaíso, esa SEREMI ha identificado como poblaciones más expuestas al VIH, las que se indican a continuación, que coinciden con las identificadas por el MINSAL a nivel nacional:

- Hombres homo-bisexuales
- Hombres que tienen sexo con otros hombres
- Mujeres
- Personas que ejercen el comercio sexual.
- Población transgénero.
- Personas privadas de libertad.
- Jóvenes

5.4.2. Iniciativas Comunitarias para Población General: Comprende todas aquellas acciones que se orientan a generar una respuesta preventiva dirigida a la población general de la región o bien a segmentos de la población, que no necesariamente están expuestos a un mayor riesgo, como por ejemplo, jóvenes en general. Incluyen actividades de información y sensibilización en Centros de Salud, encuentros masivos comunitarios, tales como, talleres, charlas, ferias saludables y entrega de material de difusión. Estas actividades son diseñadas y organizadas por el Consejo Regional del VIH y/o por la Mesa Regional de Consejería.

5.4.3. Actividades Comunicacionales Masivas y Campañas Regionales: Este eje de trabajo comprende aquellas actividades dirigidas a la población general que tienen un carácter masivo, referidas a la continuidad de acciones ligadas a hitos comunicacionales, como el Día Mundial del SIDA, candlelight u otros de relevancia regional. El diseño y planificación de estas actividades se realiza desde el Consejo Regional del VIH y la Mesa Regional de Consejería.

5.4.4. Mesa Regional de Consejería: La SEREMI de Salud de la región, tiene el rol de articular y facilitar el trabajo regional en torno a la consejería, a través de una instancia de coordinación denominada Mesa Regional de Consejería, correspondiendo a los Servicios de Salud de la región, desarrollar las acciones de consejería propiamente tales.

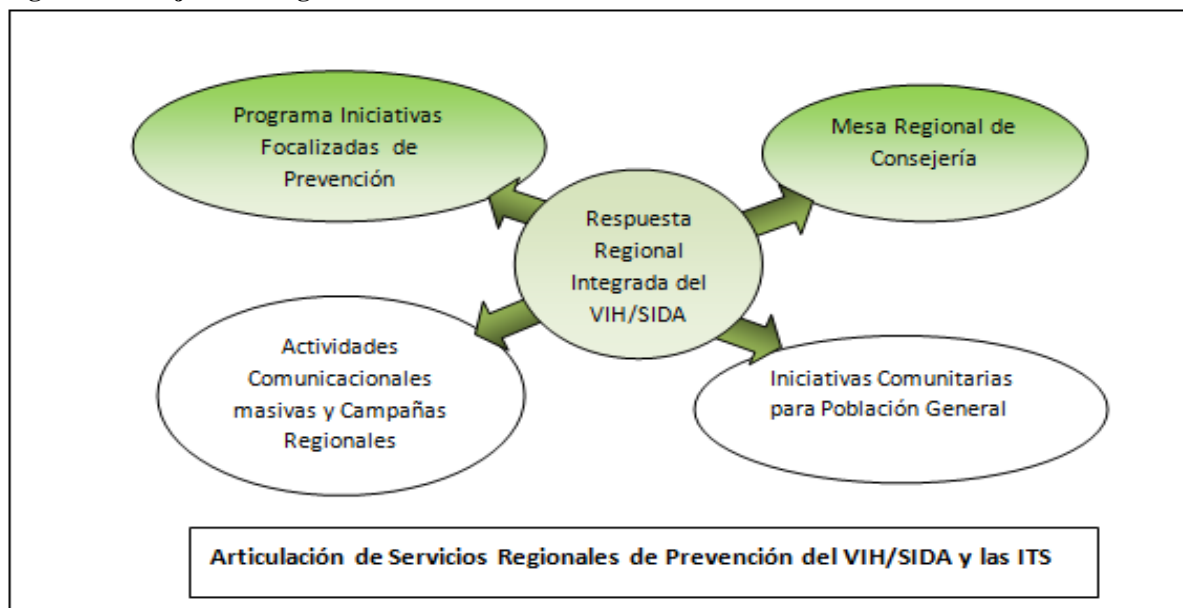
De acuerdo a lo anterior, la coordinación regional de la Consejería para la prevención primaria y secundaria del VIH, es un eje fundamental de la RRIP por cuanto, las SEREMI son responsables de mantener actualizado el modelo de Consejería y de formar consejeros(as), por lo tanto este eje estratégico también ha sido incluido en el Plan Regional de Salud.

En atención que la Mesa Regional de Consejería constituye un medio fundamental para potenciar y fomentar las iniciativas que conforman la Respuesta Regional, los lineamientos ministeriales le asignan las siguientes funciones:

- Mantener información actualizada del **Catastro Regional de Consejeros(as)**.
- Incorporar al trabajo de la Mesa Regional de Consejería, la información que emana de los distintos programas de la RRIP, tales como el Diagnóstico Regional, las acciones contempladas en el Programa de Iniciativas Focalizadas en Prevención (IFP), el Plan de Iniciativas Comunitarias en Población General.

- Vincular los servicios de consejería con las iniciativas preventivas particulares que se relacionan con ellos, ya sea por territorio o por población objetivo.

Figura N°10: Ejes Estratégicos de la RRIP



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/ITS. MINSAL, 2009

Como se ha mencionado, estos cuatro ejes conforman los pilares fundamentales del modelo, para el desarrollo de las acciones de prevención en la región y que se traducen en la RRIP.

Sin embargo en la región de Valparaíso, la RRIP prácticamente centra todo su quehacer en la formación de consejeros y en la ejecución de algunas iniciativas focalizadas de prevención (IFP) dirigidas a poblaciones clave más expuestas al riesgo del VIH, en la mayoría de los casos a personas privadas de libertad, hombres homo-bisexuales, población transgénero, como se pudo observar de la adjudicación de los pocos proyectos presentados.

Respecto de las líneas de trabajo Iniciativas Comunitarias para población general y actividades comunicacionales masivas, en la práctica son desarrolladas por el nivel ministerial, a través de las campañas masivas impulsadas por el MINSAL en medios de comunicación nacional, correspondiendo a la SEREMI adaptar esas actividades a las características de la región.

Las intervenciones que surgen del eje estratégico Iniciativas Focalizadas de Prevención, pasan a integrar el **Plan Regional de Salud Pública (PRSP)**.

5.5. Instancias de Coordinación Regional de la RRIP

Las dos máximas instancias de coordinación regional de la RRIP del VIH/SIDA son el Consejo Regional del VIH y la Mesa Regional de Consejería. Ambas constituyen los entes visibles de la RRIP y concentran la participación de las organizaciones del intersector y de la sociedad civil, que realizan trabajo relacionado con el VIH/SIDA.

Considerando que en la sección anterior ya se hizo alusión a la Mesa Regional de Consejería, en esta parte sólo se hará referencia al Consejo Regional del VIH, con un interés claramente

descriptivo, puesto que permite entender mejor el funcionamiento de la RRIP, en razón a que es un componente relevante de la estrategia, al igual que la Mesa Regional de Consejería, que dan cuenta de los procesos de coordinación y participación de la RRIP, aspectos que serán analizados en el siguiente capítulo, en la sub-dimensión coordinación intersectorial.

Consejo Regional del VIH

El diseño de la RRIP considera la existencia en cada región, de una Instancia de Coordinación Regional, que en el caso de la región de Valparaíso se denomina Consejo Regional del VIH. El rol de esta instancia es la de constituir una red de trabajo regional para la coordinación, articulación e implementación de la RRIP de manera intersectorial, participativa y asociativa.

La estrategia considera la participación en el Consejo, de representantes de diversos sectores gubernamentales y de la sociedad civil, de la región, relacionados con la prevención del VIH y las ITS, entre los cuales se cuentan:

- Representante de la SEREMI de Salud respectiva, a cargo de la RRIP
- Representantes de sectores gubernamentales con trabajo en prevención de VIH y las ITS, tales como SERNAM, Gendarmería, INJUV, SENAME, MINEDUC.
- Representantes de los Servicios de Salud de la Región, que conforman la Red Asistencial.
- Organizaciones Sociales que trabajan en VIH/SIDA y las ITS.
- Representantes de Universidades con sede en la región.

El Consejo es presidido por la funcionaria de la SEREMI de Salud encargada de la RRIP y del Programa de Prevención del VIH/SIDA y las ITS, que actúa en representación del SEREMI, en esta instancia.

Las funciones asignadas al Consejo Regional del VIH, son esencialmente las siguientes:

- Confección de un diagnóstico regional participativo y la difusión del mismo.
- Identificar los grupos de población más expuestos al riesgo y definir las grandes líneas de intervención, tales como, la focalización, iniciativas comunitarias y los hitos comunicacionales.
- Análisis de la implementación del Plan Anual de Intervención de la RRIP.

Cabe señalar que el Consejo Regional del VIH y la Mesa Regional de Consejería, son las dos únicas instancias regionales de coordinación con trabajo permanente, en temas de prevención del VIH y las ITS en la región de Valparaíso ya que durante la investigación no se encontró evidencia de la existencia de otros equipos de trabajo regional ni de comisiones para tareas específicas en esta temática.

En todo caso, la estructura del Consejo Regional del VIH, es anterior al surgimiento de la RRIP, pues su creación data del año 2001, según relataron los referentes más antiguos que participan en esta instancia, entre ellos el representante de ASOSIDA quien integra el Consejo desde el inicio de su funcionamiento:

“el Consejo surge antes de esta nomenclatura, entonces no sé si el Consejo se sentirá parte de esta Respuesta Regional, porque no es una instancia que haya surgido a través de esta política de salud, sino que nosotros respondimos antes como región, desde la necesidad de articularnos” (Representante de ASOSIDA).

El plan de trabajo de la RRIP es diseñado fundamentalmente por las encargadas de las dos instancias de coordinación regional, sobre la base del Diagnóstico de Vulnerabilidad y el Diagnóstico epidemiológico de la región. Ambos diagnósticos son elaborados por el departamento de Salud Pública de la SEREMI de Salud y constituyen los principales insumos para el diseño y focalización de la estrategia de prevención.

Como se señaló anteriormente, en la región, uno de los dos ejes activos de la RRIP, es el Programa Iniciativas Focalizadas de Prevención del VIH, a través del cual se ejecutan proyectos orientados a realizar acciones preventivas, principalmente en población homosexual, bisexual, personas dedicadas al comercio sexual, población transgénero, población penal, existiendo un déficit de prevención en jóvenes, mujeres, población rural, población con etnia, como por ejemplo población Rapa Nui, por cuanto en el período en que se desarrolló este estudio, no se encontraron proyectos focalizados a esos grupos de población. Sin embargo, considerando que las realidades sociales son dinámicas, este mapa de vulnerabilidad está sujeto a cambios en el tiempo, como lo manifiesta la encargada de la RRIP.

“Las poblaciones de mayor riesgo van cambiando de acuerdo a la realidad de la región. Algunos años hemos trabajado más fuertemente con algunos de ellos, dependiendo del diagnóstico” (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

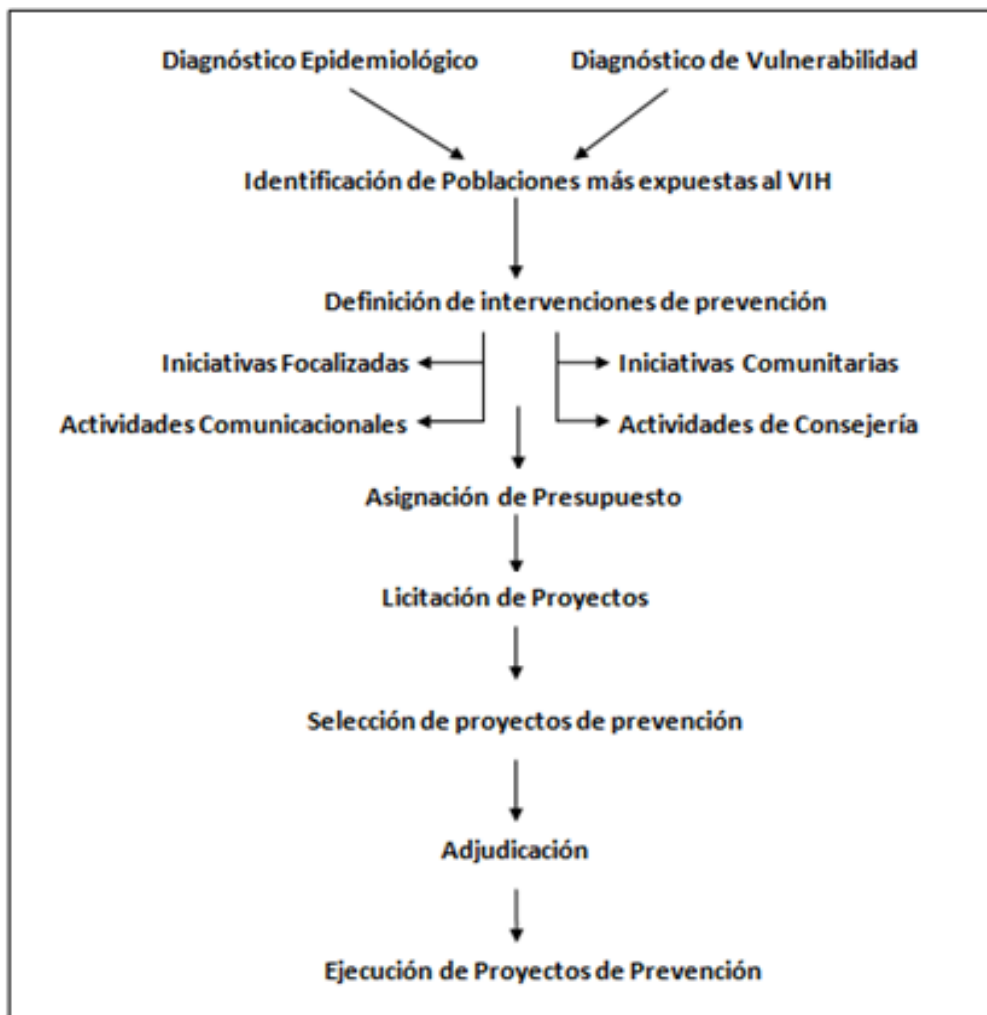
En virtud del Diagnóstico Regional de Salud, la SEREMI de Salud establece las orientaciones técnicas para la presentación de iniciativas de intervención en prevención, esto es, establece las bases técnicas y administrativas, para la presentación de proyectos. El llamado se realiza mediante licitación pública convocada por esa SEREMI en el portal mercado público, proceso mediante el cual las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA, presentan proyectos de intervención, para las poblaciones y líneas de trabajo identificadas por la SEREMI. Los proyectos recibidas a través de mercadopublico.cl son evaluados por una Comisión integrada por la encargada del Programa de Prevención, la encargada de la Mesa de Consejería, la jefe del Departamento de Salud Pública y un funcionario del Departamento de Desarrollo Institucional, todos funcionarios de esa SEREMI. Esta Comisión selecciona a las entidades ejecutoras y las actividades específicas que realizarán, porque como se ha señalado, la SEREMI de Salud no ejecuta las iniciativas focalizadas, sino las organizaciones externas que reciben el financiamiento por parte de la SEREMI, como lo señala la encargada del Programa:

“Definimos las poblaciones, lo que hacemos luego es licitar la contratación de los servicios para implementar los proyectos con ejecutores externos a la SEREMI. No somos nosotros los que ejecutamos estas acciones, sino otros, que de acuerdo a su experiencia de trabajo y a su ventaja comparativa de acceder a esas poblaciones tienen más posibilidad de trabajar con esos grupos claves; por ejemplo población penal o población homosexual, en general lo que ocurre es que son organizaciones que trabajan o se mueven en el ámbito de esas poblaciones y por tanto presentan un proyecto para intervenir en esos grupos” (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

El proceso antes descrito es denominado comúnmente como externalización de la ejecución de proyectos, al cual se hará referencia nuevamente en el capítulo seis, de análisis de la RRIP.

En el cuadro N°3, se muestran las fases del Programa Iniciativas Focalizadas de Prevención, desde la definición de las intervenciones de prevención que serán focalizadas, hasta la selección de las organizaciones que actuarán como ejecutores de las líneas de intervención aprobadas en el PRSP y financiadas por la SEREMI de Salud.

Cuadro N°3: Fases del Programa Iniciativas Focalizadas de Prevención.



Fuente: Elaboración propia

6. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RRIP EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Desde el año 2006, fecha en que se inició la RRIP en todas las regiones del país, al alero de las orientaciones metodológicas del MINSAL, la SEREMI de Salud de Valparaíso ha dado continuidad a la implementación de la estrategia, asignando la dedicación exclusiva del Programa de Prevención del VIH, a dos funcionarias de ese organismo, quienes han mantenido el funcionamiento del Consejo Regional del VIH y la Mesa Regional de Consejería, pese a la indefinición de orientaciones políticas ministeriales respecto a la prevención del VIH, desde el 2009 en adelante, según se pudo evidenciar en el trabajo de campo, aspecto que se incluye en el análisis de los hallazgos materia de este capítulo.

Por otra parte y tal como se mencionó en el capítulo tres, sobre los aspectos metodológicos, a la fecha de este estudio, no han realizado estudios de evaluación, por parte de la SEREMI de Salud sobre la implementación de la estrategia ni del impacto de las intervenciones de prevención ejecutadas en el marco de la RRIP, como tampoco se encontró registro de evaluaciones de la RRIP, que se pudieren haber realizado por parte del MINSAL.

En el presente capítulo se exponen los hallazgos producto de la investigación realizada, los cuales son analizados en las dimensiones, sub-dimensiones y variables, definidas a partir del concepto de valor público desarrollado por Mark H. Moore y su modelo de análisis de políticas públicas, sintetizado en lo que denomina triángulo estratégico. Según este modelo de análisis, la estrategia o la política, agrega valor público, cuando es capaz de atraer autoridad y recursos para su implementación (dimensión política), el propósito de la estrategia es considerado valioso por los clientes y beneficiarios (dimensión sustantiva) y la organización encargada de ejecutarla, cuenta con las capacidades administrativas necesarias para su implementación (dimensión administrativa). Estas tres perspectivas o dimensiones, deben estar alineadas e integradas en la estrategia.

En ese mismo sentido y reafirmando la importancia de las perspectivas política y administrativa en la implementación de políticas públicas, Aguilar en su cuarta Antología de Políticas Públicas, coincide en señalar que ambas dimensiones son fundamentales para que la política logre un impacto positivo en las condiciones reales de vida de las personas y ésta no sea solamente una buena intención (Aguilar, 2000).

Es así que en este estudio, la implementación de la RRIP se analizó desde las dimensiones política, administrativa y sustantiva. A su vez cada una de estas categorías, se desagregó en las sub-dimensiones y variables que se indican en el cuadro N°4 siguiente, las cuales orientaron la presente investigación.

Cuadro N°4: Dimensiones de análisis de la implementación de la Respuesta Regional Integrada en la región de Valparaíso.

| Dimensión | Definición conceptual de la dimensión | Sub-dimensión | Variables |
|------------------------|---|---|--|
| 1.Política | ¿En qué medida la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH recibe el apoyo político y legal en la región de Valparaíso? | 1.1.-Capacidad de Liderazgo | 1.1.1.- Capacidad de convocatoria |
| | | | 1.1.2.- Comprensión de la RRIP y de sus objetivos. |
| | | 1.2.- Institucionalidad | 1.2.1.-Normativa legal vigente |
| | | | 1.2.2.-Institucionalización de procedimientos. |
| 1.3.-Descentralización | 1.3.1.-Desarrollo de iniciativas locales en prevención | | |
| | 1.3.2.-Difusión local de la RRIP | | |
| 2.Administrativa | ¿En qué medida la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH, es viable administrativa y operativamente en la región de Valparaíso? | 2.1.- Capacidades organizacionales | 2.1.1.-Recursos financieros, humanos y tecnológicos |
| | | | 2.1.2.- Capacitación en prevención a prestadores de servicios de salud (público y privado) |
| | | | 2.1.3.-Autoridad de los responsables de la RRIP |
| | | | 2.1.4.-Monitoreo y evaluación de la RRIP |
| | | | 2.1.5.-Transparencia de los procesos administrativos |
| | | | 2.1.6.-Contribución a la investigación en prevención del VIH/SIDA |
| 3.Sustantiva | ¿En qué medida la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH, genera valor público? | 3.1.- Percepción de la RRIP | 3.1.1.-Valoración de la RRIP |
| | | | 3.1.2.-Complejidad |
| | | 3.2.- Coordinación intersectorial y con la sociedad civil | 3.2.1.-Articulación de servicios de prevención |
| | | | 3.2.2.-Participación de la sociedad civil en la RRIP |
| | | | 3.2.3.-Participación de organizaciones gubernamentales en la RRIP |
| | | | |

6.1. DIMENSIÓN POLÍTICA

Esta dimensión de análisis se trabajó desde las sub-dimensiones, capacidad de liderazgo de los responsables de implementar la RRIP en la región, la institucionalidad que sienta las bases para la prevención del VIH como objetivo sanitario prioritario y grado de descentralización de la estrategia en el territorio de su jurisdicción. A través de estas sub-dimensiones se espera indagar en qué medida la RRIP de la región de Valparaíso recibe apoyo político y legal efectivo, para la implementación de una respuesta regional e integrada a la prevención del VIH y las ITS en la región.

6.1.1. SUB-DIMENSIÓN CAPACIDAD DE LIDERAZGO:

Para los efectos del presente trabajo, la capacidad de liderazgo se define como la habilidad del funcionario(a) encargado(a) del Programa de Prevención del VIH/SIDA en la SEREMI de Salud, de convocar al espectro de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil de la región, de propiciar relaciones de trabajo facilitadoras, al interior de la SEREMI y con otras organizaciones regionales, como asimismo la capacidad de lograr el compromiso de las autoridades regionales del intersector y de los representantes de la sociedad civil, con los objetivos de la RRIP del VIH. Para tal efecto, el análisis de esta sub-dimensión se orientó a indagar respecto de la capacidad de convocatoria de la RRIP y si la estrategia y sus objetivos son comprendidos por los referentes entrevistados.

Al respecto se reconoce entre los entrevistados, que corresponde a la SEREMI de Salud de la región, liderar la respuesta regional al VIH/SIDA, convocar a las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil con trabajo en esa temática en la región de Valparaíso y coordinar los esfuerzos públicos y privados para articular la RRIP. Este liderazgo es ejercido en la práctica por las dos funcionarias de la SEREMI de Salud que actúan en representación del SEREMI en el Consejo Regional del VIH y en la Mesa Regional de Consejería, respectivamente. Ambas funcionarias fueron designadas en esas funciones en el año 2004, por el SEREMI de la época, manifestando que no cuentan con facultades ni con los recursos formales de autoridad, para convocar a las entidades que no han designado referentes para participar en el Consejo Regional o en la Mesa de Consejería y que no disponen de herramientas legales y administrativas que les permitan establecer la obligatoriedad de participar. Esta falta de atribuciones y de recursos de autoridad, contrasta con el rol que le asigna el modelo conceptual de la RRIP, a la SEREMI de Salud, como la institución responsable de convocar y de coordinar todos los procesos de implementación de la RRIP.

Esta realidad también se refleja en las otras entidades participantes, puesto que la mayoría de los entrevistados hicieron presente que en ambas instancias de coordinación asisten representantes de las organizaciones convocadas, denotando que en el caso del intersector, concurren en representación de los Jefes de Servicios, funcionarios que en todos los casos no han sido investidos de facultades para decidir sobre el diseño e implementación de políticas públicas para la prevención del VIH en la región, ni están en condiciones de comprometer recursos por parte de su respectiva organización. En este sentido se observa que la participación de estos referentes se orienta más bien a tener presencia en esas instancias de trabajo regional, sin poder resolutivo, situación que dificulta la efectividad de la implementación de la RRIP.

Los entrevistados también relevaron la escasa presencia de las autoridades regionales en las actividades comunicacionales oficiales que organiza el Consejo Regional del VIH durante el año,

hecho que es percibido por algunos referentes en el Consejo, como un desinterés por parte de las máximas autoridades regionales respecto del VIH.

“Yo nunca he visto a un SEREMI sentarse a una reunión con los integrantes del Consejo a conversar el tema del VIH/SIDA. Una vez se hizo un diálogo con estudiantes donde se invitó al Seremi de Salud y de Educación y éste último habrá estado diez minutos y se retiró; para ellos no es tema el VIH” (Representante Programa Alerta).

6.1.1.1. Capacidad de convocatoria.

Como se ha mencionado, la RRIP de la región de Valparaíso se expresa concretamente a través de sus dos únicas instancias de coordinación regional, el Consejo Regional de VIH y la Mesa Regional de Consejería, lideradas por dos funcionarias de la Unidad Programas y Prioridades, dependiente del Departamento de Salud Pública de la SEREMI de Salud, teniendo la responsabilidad de coordinar el Programa de Prevención del VIH y la Consejería en VIH, respectivamente. Entre las funciones que deben realizar, les corresponde convocar a los integrantes, diseñar y planificar las intervenciones de prevención, entregar orientaciones para su ejecución, supervisar y evaluar las actividades anuales, articular y coordinar la implementación de la RRIP.

“Los coordinamos nosotros. Yo particularmente me hago cargo de coordinar el Consejo Regional y la otra funcionaria se encarga de coordinar la Mesa Regional de Consejería. El Consejo es más hacia el intersector y la Mesa más hacia los Servicios de Salud y también incorpora a actores del mundo académico, pero yo me encargo de lo que es el Consejo y ahí lo que se hace en términos formales es convocar a través de un oficio. Los referentes son casi siempre los mismos, por lo tanto ya hay un vínculo de trabajo previo que hace que eso sea más fluido, no es que requieran formalizar la convocatoria todo el tiempo” (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

Los entrevistados coincidieron en señalar que las entidades que han tenido representación en las reuniones del Consejo Regional del VIH, en los dos últimos años son, SENAME, Gendarmería de Chile, INJUV, la Mesa Interuniversitaria del Programa Alerta (que agrupa a las Universidades, Católica de Valparaíso, Federico Santa María, de Valparaíso y Playa Ancha), la organización YO VIVO, que representa a la red VIVO POSITIVO y la agrupación Acción Gay, en representación de la red ASOSIDA.

La mayoría de los referentes asisten desde el año 2009, haciendo presente los entrevistados que SERNAM, CONACE, actualmente Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, (SENDA), la Asociación de Municipalidades y la SEREMI de Educación, no han participado en el período, coincidiendo en señalar que la convocatoria ha tenido una baja respuesta por parte del intersector, debiendo ser mayor.

“Educación no ha asistido nunca, por la SEREMI de Salud, participa en representación, Marjorie que es la Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA. Las personas que asisten a las reuniones del Consejo son alrededor de seis, pero deberían ir alrededor de ocho o diez personas”. (Representante de VIVO POSITIVO).

“El intersector que ha estado presente, ha sido permanente y eso hay que rescatarlo porque de las convocatorias, ni SERNAM, ni SECREDUC ni CONACE han asistido, o sea en el fondo este Consejo se está alimentando de organizaciones sociales mayormente y eso es algo que la Encargada del Programa de Prevención de la SEREMI, debiera sacar un poco más

la voz para generar efectivamente representatividad de las otras instituciones, a través del jefe de Servicio” (Representante del Programa Alerta, Jornada de Evaluación del Consejo).

La baja asistencia del intersector es reconocida por todos los referentes, incluso por la Encargada del Programa de Prevención y a la vez coordinadora del Consejo, quien explica que la mayor o menor asistencia a las convocatorias depende fundamentalmente de las prioridades que le asigna cada institución al tema de la prevención del VIH, como asimismo de la relevancia que le otorguen las autoridades de turno.

“siempre hay dificultades de participación de diverso orden, que tienen que ver más bien con los ritmos y compromisos de cada institución y ciertamente con las prioridades de los temas vinculados a la prevención del VIH al interior de cada una de las instituciones. Por ejemplo en educación el tema sexualidad es un tema que se ha relevado o se ha bajado, dependiendo de quién ha estado como Ministro o Ministra de Educación y de qué valor o qué enfoque le han dado al tema y eso como es una política que se descentraliza a nivel regional, se asume o no, dependiendo un poco del énfasis que cada Servicio le asigna” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

En el caso de entidades gubernamentales que oficialmente han designado representantes en el Consejo, también limita su participación el hecho que esos funcionarios cumplen múltiples funciones en su respectivo Servicio y no tienen horas asignadas formalmente a esta actividad adicional, teniendo que privilegiar el cumplimiento de tareas relacionadas a las prioridades y metas que le exige su propia Institución, en desmedro de aquellas vinculadas a la participación en el Consejo.

Otros referentes gubernamentales atribuyeron la baja asistencia a una falta de compromiso de los Servicios Públicos convocados, por generar metas comunes en el ámbito de la prevención del VIH y a una falta de apoyo institucional para que cada representante al Consejo pueda asistir y trabajar en las actividades programadas por esa instancia, señalando que en la práctica, la asistencia depende de la voluntad y compromiso de cada referente y de las jefaturas respectivas, en cuanto a dar las facilidades para ello. Se suma a lo anterior, que no existen convenios de gestión institucionales que imponga a los Servicios Públicos convocados a tener presencia en el Consejo y por consiguiente no son evaluados por concurrir a sus reuniones.

“yo creo que la inasistencia de representantes de Educación, SERNAM, CONACE, se debe a un tema de sensibilidad, falta de cultura, falta de interés de los mismos Servicios, tanto del Ministerio de Justicia, Salud y Educación, por generar metas comunes; a mí por ejemplo este Servicio, al comienzo para ir y para tener más facilidades, propuse que la participación en el Consejo fuera meta y así tuve todo el apoyo de mi jefe superior, pero dejó de ser meta y ahora ha quedado nuevamente al tema de la voluntad, entonces es una gran crítica tanto a los Servicios y principalmente a la política, porque no hay apoyo institucional” (Representante de SENAME).

Respecto a la Mesa Regional de Consejería, participan en forma estable los referentes de los tres Servicios de Salud de la región, los representantes de las Corporaciones Municipales de Viña del Mar, Valparaíso y San Antonio, Gendarmería de Chile, Acción Gay y una representante de la Universidad de Valparaíso, como referente de la Mesa Interuniversitaria del Programa Alerta, no obstante que en el último tiempo la coordinadora de la Mesa ha ampliado la invitación a participar a entidades tales como el Instituto de Seguridad del Trabajador (IST), Hospital Naval y establecimientos de salud privados, obteniendo una débil respuesta, ya que algunas de ellas han tenido una presencia esporádica en esa Mesa de Trabajo.

“Actualmente asisten además, clínicas privadas y laboratorios, los cuales no están participando permanentemente sino esporádicamente ya que se están comenzando a integrar. A partir de este año concurre un referente del IST, un representante del Hospital Naval, los tres Servicios de Salud de la región, las corporaciones Municipales de Viña del Mar, Valparaíso y San Antonio, además de Gendarmería, Acción Gay y la Mesa Interuniversitaria de la cual participan eventualmente dos personas pero generalmente viene una y la persona que viene lo hace en representación de las cuatro Universidades” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

Se evidenció que existe una mayor respuesta a la convocatoria de la Mesa Regional de Consejería, no obstante que la participación de los referentes gubernamentales en esta Mesa, constituye una actividad adicional, que deben compatibilizar con las funciones habituales que cumplen en sus establecimientos de origen y que en ocasiones les resulta complejo de armonizar sin una programación previa. Para ello, la representante de la SEREMI de Salud, Coordinadora de la Mesa, programa el calendario de reuniones a comienzo del año con la finalidad que cada integrante la incorpore en su agenda de actividades anticipadamente y asegure su asistencia. Dado que la Consejería es un servicio de apoyo y prevención, cuya oferta debe estar siempre disponible, el funcionamiento de esta Mesa de Coordinación es permanente y no depende del presupuesto que se asigne a la Consejería, a diferencia de lo que ocurre en el Consejo del VIH, que centra su actividad en la ejecución de proyectos, para lo cual necesariamente debe contar con presupuesto aprobado, destinado al financiamiento de los mismos.

“Yo pienso que la convocatoria de la Mesa es bastante buena porque es permanente, es decir nosotros trabajamos con un calendario anual y la gente tiene su agenda. El principal problema es que algunas de las personas tienen actividades asistenciales por lo tanto tienen que atender pacientes; por ejemplo los integrantes que pertenecen a los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Bûren, también cumplen funciones clínicas, por tanto es complejo para ellos si no tuviesen una programación a tiempo, por lo mismo establecemos calendarios anuales, ellos las agendan y vienen permanentemente” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería)

Esta mayor concurrencia podría deberse también, al imperativo legal y sanitario que tienen los establecimientos de salud públicos y privados de disponer y ampliar la oferta de Consejería, en virtud de lo establecido en la ley N°19.779 y su Reglamento y en los Objetivos Sanitarios del Gobierno para la década 2011-2020, que impulsa a las entidades prestadoras a tener mayor coordinación y acercamiento con la SEREMI de Salud, organismo encargado de la formación y certificación de consejeros. Adicionalmente, los prestadores de servicios de salud tienen el incentivo económico para incrementar la Consejería, ya que esta prestación se encuentra valorizada en el arancel FONASA y forma parte de la cartera de servicios institucionales, pasando a ser una fuente de ingreso para los establecimientos de salud que las otorgan.

En relación a la frecuencia y periodicidad de las convocatorias, los entrevistados manifestaron que ambas instancias se reúnen una vez al mes y que cada una fija por separado sus reuniones. En el caso de la Mesa de Consejería, la programación anual se calendariza a principio del año y realiza reuniones desde Enero en adelante. En tanto que las reuniones del Consejo del VIH, se inician aproximadamente entre abril y junio, una vez que el departamento de Salud Pública de la SEREMI de Salud informa a la Encargada del Programa de Prevención, el presupuesto que se ha aprobado para el PRSP, ya que el quehacer fundamental del Consejo se centra en los proyectos focalizados de intervención y en las actividades comunicacionales relacionadas a la conmemoración de hitos relevantes del VIH/SIDA, para lo cual requieren de aportes presupuestarios.

“El Consejo tiene reuniones una vez al mes. En ellas asignamos las tareas, generalmente relacionadas con algunos hitos que se conmemoran en el año tales como el candlelight, día mundial del SIDA, otras tareas se refieren a los proyectos intersectoriales, a la evaluación de los proyectos, asistencia a seminarios, jornadas etc”. (Representante de ASOSIDA)

“Este año(2010) se demoraron un poco más en empezar las reuniones del Consejo porque no se sabía cómo iba a ser el trabajo del Consejo en sí, pero se logró consensuar al interior de la SEREMI el trabajo que se estaba haciendo en el tema del VIH y recién en junio pudimos coordinar las acciones”(Representante del Programa Alerta).

En relación a la dinámica de participación en las reuniones del Consejo, la mayoría de los entrevistados manifestó que la Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI presenta una tabla y expone las orientaciones para la presentación de acciones de intervención, en los ejes iniciativas focalizadas de prevención, iniciativas comunitarias y actividades comunicacionales, lineamientos que conforman posteriormente las bases de la licitación de proyectos de prevención. Los acuerdos se adoptan sobre la base del consenso de los presentes en la reunión, debido a que no se resuelve por votación.

Las reuniones del Consejo son eminentemente para informar los lineamientos que la SEREMI ha establecido para el año y también para organizar las actividades comunicacionales de conmemoración de hitos como el día mundial del SIDA, porque quien resuelve la selección de los proyectos a ejecutarse en el año es una comisión técnica-administrativa integrada por funcionarios de la SEREMI, previa licitación pública, en la cual no intervienen los referentes del Intersector ni de la sociedad civil, porque son ellos los que generalmente postulan proyectos para financiación.

La Mesa Regional de Consejería, tiene una modalidad similar de funcionamiento.

6.1.1.2. Comprensión de la RRIP y compromiso con sus objetivos.

A través de esta variable se indagó acerca del grado de comprensión de la RRIP del VIH y de sus objetivos, por parte de los integrantes del Consejo y de la Mesa de Consejería entrevistados, en la perspectiva de que esta comprensión resulta fundamental para determinar y movilizar el apoyo político, legal y de cualquier otro que la RRIP requiera para su eficaz y eficiente implementación.

Para obtener información acerca de cuán bien es comprendida la estrategia, por los referentes entrevistados, primero se les consultó en qué consiste la RRIP, desde su propia visión y cuáles son los objetivos de ésta. Al respecto, se evidenció que en términos generales, no existía consenso sobre lo que cada uno de ellos entendía conceptualmente por la RRIP, incluso una persona refirió no entender el significado de la RRIP y otras cuestionaron el nombre de la estrategia, en cuanto a su alcance regional e integrada, argumentando en este último caso, que la mayoría de las intervenciones preventivas promovidas por la SEREMI de Salud se centralizan en la Comuna de Valparaíso.

“La Respuesta Regional no es integrada, es una respuesta para la realidad de Valparaíso, en circunstancias que la primera vez que nos cuentan, la SEREMI nos dice a los presentes: miren hay que estar en el interior, en Petorca, La ligua, Los Andes, San Felipe, en Olmué, en esos lugares porque allá están aumentando los casos, eso dicen las cifras, sin embargo no existe contacto con la Ligua”(Representante de VIVO POSITIVO).

Las entrevistas revelaron que la mayoría de los representantes, asocian la RRIP con la presentación y ejecución de proyectos de prevención, mientras que algunos la identifican directamente con el Consejo Regional del VIH y sólo una minoría conceptualiza la RRIP en el sentido que la define el Ministerio de Salud, esto es, como una respuesta regional a la epidemia del VIH. Las disímiles conceptualizaciones entregadas por los entrevistados, denotan que la RRIP como modelo de estrategia, no es fácilmente comprendida por los referentes, lo que puede deberse en gran medida a que su diseño ha sido concebido y decidido en el nivel central del MINSAL, en un enfoque claramente Top Down, en que las regiones por intermedio de las SEREMIS de Salud sólo se limitan a recibir orientaciones para su articulación e implementación. En ese contexto, la RRIP requiere ser vastamente difundida entre los agentes y ciudadanía, lo que no ha ocurrido en la región y por lo mismo su implementación ha tenido un alcance muy limitado, específicamente referido a la ejecución de proyectos focalizados y concentrados, induciendo a pensar que esa es la esencia de la RRIP.

“Para mí, la Respuesta Regional Integrada se materializa concretamente en los proyectos intersectoriales” (Representante de ASOSIDA).

“no sé de dónde sacaron el nombre, la Respuesta Regional Integrada, que cuesta entender qué es, porque tu tratas de buscarle al título un sentido y yo todavía trato de entenderlo, me imagino que era para integrar a las agrupaciones, donde dentro de todas esas agrupaciones se encuentra CIPRODES, que somos una agrupación chica” . “Bueno la RRIP, yo la veo como la ejecución de proyectos, donde las organizaciones todas las que tengan personalidad jurídica pueden participar en estos proyectos concursables”. (Representante de CIPRODES).

Referente al grado de comprensión de los objetivos de la RRIP por parte de los entrevistados, se logró constatar que casi la totalidad de los referentes coincidieron en identificar como objetivo principal de la RRIP, la coordinación de esfuerzos públicos, privados y de la sociedad civil, para la prevención del VIH/SIDA en la región.

Sólo un referente, del sector gubernamental, expresó no tener claro los objetivos declarados de la RRIP. Sin embargo se pudo inferir que este desconocimiento se refería más bien a los objetivos específicos anuales del trabajo del Consejo Regional, porque en relación a los objetivos generales de la RRIP evidenció poseer un conocimiento intuitivo. Aunque este desconocimiento se podría explicar en parte, porque el entrevistado asiste al Consejo en forma intermitente, en suplencia del referente titular, igualmente su falta de claridad respecto de los objetivos de la RRIP y del funcionamiento del Consejo representa un hecho llamativo que merece atención, debido a que los participantes en esa instancia son considerados los máximos representantes regionales, responsables de implementar la respuesta a la prevención del VIH/SIDA en la región, liderados por la SEREMI de Salud, para lo cual es indispensable que todos los integrantes del Consejo tengan claridad sobre el objetivo que se espera alcanzar.

“Desconozco los objetivos y para evaluarlo habría que tener los objetivos. Yo entiendo y desde lo que yo percibí de los objetivos, que era un poco la prevención, la promoción, la mayor articulación entre las áreas, creo que desde ahí hay algunos objetivos que sí se logran. Puede haber faltado intensidad y profundidad, pero para evaluar eso habría que revisar los objetivos” (Representante de Gendarmería, jornada de Evaluación Anual del Consejo).

En cuanto a los factores determinantes para el cumplimiento de los objetivos de la RRIP, hubo consenso en destacar como un elemento importante, dar a conocer a los Jefes de Servicios, el

Programa Anual de Prevención del VIH/SIDA, las intervenciones que se realizan anualmente en el marco de ese Programa y los resultados logrados, con el propósito de sensibilizar y obtener el compromiso de las autoridades regionales con la prevención del VIH/SIDA en la región y de este modo recibir apoyo para la RRIP, en recursos humanos, financieros y técnicos.

“Yo creo que es determinante para el logro de los objetivos de la RRIP, que las jefaturas y los Directores de Servicios estén en conocimiento de los programas anuales, de las acciones y los objetivos alcanzados durante el año, con ello se abre la posibilidad que cada vez den más facilidades financieras, recursos humanos, recursos técnicos, etc. para poder continuar asumiendo los desafíos”. (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

6.1.2. SUB-DIMENSIÓN INSTITUCIONALIDAD

Para los fines de esta investigación, la Institucionalidad se define como la capacidad del marco legal, contenido fundamentalmente en la ley del SIDA, su Reglamento y otras normas afines, para instaurar la prevención del VIH/SIDA como objetivo sanitario prioritario para el país y el Estado, para estructurar las bases que permitan la implementación de la prevención y la capacidad de la agencia gubernamental responsable del programa de prevención, de establecer procesos formales para llevarla a cabo en la región.

Para ello se efectuó una revisión del contenido de la ley 19.779/01, denominada ley del SIDA, del Decreto N°182/05 del Ministerio de Salud, Reglamento del Examen para la Detección del VIH, modificado por Decreto N°45/11 y del Decreto N°136/04, Reglamento del Ministerio de Salud. Complementariamente, se indagó a través de la opinión vertida por los entrevistados, respecto de las debilidades que éstos observan del marco normativo, en sus aspectos de prevención del VIH.

6.1.2.1. Normativa legal vigente.

Luego de examinar el contenido de la ley N°19.779, que establece las normas relativas al VIH, se pudo constatar que el legislador dejó expresamente consignado en la citada ley, que la prevención de esta enfermedad, es un bien público que el Estado quiere resguardar, pasando a constituir un objetivo de interés nacional. En efecto ese cuerpo legal, en su artículo 1, establece lo siguiente:

“la prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional”, agregando en el inciso segundo de ese mismo artículo, que: “corresponde al Estado, la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia”(ley N°19.779/01, del Ministerio de Salud).

La ley asigna al Ministerio de Salud la función de dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia, estableciendo el mandato que éstas deben elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, debiendo formular políticas específicas para los diversos grupos de la población y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad como las mujeres y los menores (artículo 2 de la ley 19.779).

En su articulado, estipula además, que el Estado arbitrará las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del VIH, poniendo especial énfasis en las campañas de prevención

(art. 3) y que éste impulsará las medidas dirigidas a la prevención del VIH, tratamiento y cura (art. 4). Del mismo modo, el Estado fomentará la creación de Centros públicos o privados orientados a la prevención e investigación de la enfermedad (art. 4).

Por su parte, el Decreto N°136 de 2004, Reglamento del Ministerio de Salud, asigna a la Subsecretaría de Salud Pública de ese Ministerio, las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas” (art.27). Más adelante, en su artículo 42, señala que le corresponderá a la SEREMI de Salud, a través de la dependencia encargada de la función de salud pública, el análisis de la situación de salud de la región, que incluye la fijación de prioridades regionales y la identificación de grupos de riesgo, el diseño y ejecución de intervenciones poblacionales de tipo promocional y preventivo, conforme a las instrucciones emanadas desde el Ministerio, agregando que también le corresponde “el control de brotes, epidemias y otras emergencias sanitarias y la evaluación del impacto de los planes y programas en la salud de la población, para lo cual establecerá la coordinación intra y extra sectorial que sea precisa para la eficacia de la función”

De lo anterior se puede señalar que si bien el marco normativo mencionado incorpora la prevención de enfermedades como un bien de interés público y en especial la ley N°19.779, al establecer la prevención del VIH, como objetivo sanitario del Estado, ninguna de las normas señaladas, ni su reglamentación respectiva, contienen las bases ni los lineamientos necesarios que permita organizar la función pública para la prevención del VIH/SIDA. El reglamento de la ley, tampoco entrega orientaciones políticas sobre cómo se implementará la participación comunitaria, la coordinación dentro del mismo sector salud ni la coordinación entre los diversos sectores de gobierno, sea en el ámbito nacional o regional. En el mismo sentido, la reglamentación existente no hace mención a instrumentos jurídicos que hagan posible la alineación de políticas, estrategias y la convergencia de recursos sectoriales para la prevención del VIH.

En cuanto a la coordinación intersectorial, las normas que regulan la aplicación de la ley del SIDA sólo establecen el mandato para la Administración, referente a que las políticas públicas sobre VIH/SIDA deben elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, sin definir lo que el legislador entiende por intersectorial ni entrega orientaciones normativas para la implementación de esa estrategia, especialmente cuando se diseñan y ejecutan políticas sobre prevención del VIH. En efecto, la normativa no contempla la obligación de las entidades del sector público, de elaborar e implementar programas de prevención como parte de las buenas prácticas laborales, orientadas al autocuidado y la calidad de vida de los trabajadores, ni se incorporan incentivos para generar programas en esa dirección o sanciones en caso de no disponer de ellos. La norma sólo define sanciones por infracciones a la confidencialidad y voluntariedad del examen de detección y al derecho a no ser discriminado.

El marco normativo y en particular el Reglamento de la ley del SIDA, establece declaraciones generales de buena voluntad, que expresan la intencionalidad del legislador de garantizar la oferta de prevención, pero no indica de qué manera se llevará a efecto este gran objetivo, quién(es) será(n) responsable(s) de su cumplimiento, la forma de articulación de los distintos órganos del Estado para la prevención del VIH/SIDA, ni las fuentes de recursos para la provisión de servicios de prevención en este ámbito, ya que el Reglamento de la ley del SIDA establece el marco regulatorio del examen de detección, pero no regula ni organiza la prevención.

Respecto del análisis de las opiniones expresadas por los entrevistados, la mayoría reconoció poseer poco conocimiento de la ley N°19.779/01 (del SIDA), sin embargo dado que todos tienen experiencia en trabajo VIH/SIDA, desde la organización que representan, pudieron identificar algunas debilidades normativas en materia de prevención del VIH.

La mayoría coincidió en señalar que la ley tiene falencias, porque no incorpora la prevención del VIH con la suficiente fuerza legal, observando que faltó ser abordada en profundidad, no obstante que la prevención de esta enfermedad se asume como una obligación del Estado.

“La ley se hizo en una época bien particular y ya quedó obsoleta, hay que reformarla. La ley del SIDA como fue una ley tan cortita, entonces yo creo que quedó coja, porque la prevención es un tema como sociedad y ahí lo único que se reguló fue cómo proteger la confidencialidad de las personas portadoras, pero en términos de prevención, la dejó como diciendo, no vamos a asumir este tema todavía. La ley tendría que reconocer que la prevención es un tema preferente del Estado” (Representante de VIVO POSITIVO).

“Yo creo que esta ley tiene la falencia que no plantea específicamente materias de prevención, así como establece que la consejería debe ser informada por escrito, también debiera incorporar el tema de la prevención, desde la más tierna infancia y en los colegios, porque no se puede concebir que hoy día todavía no se hable de las enfermedades de transmisión sexual a los niños y niñas, cuando en la enseñanza media ya hay niños viviendo con el VIH. Por lo tanto la ley del SIDA a mí no me satisface, si bien fue un logro en su momento después de tanto tiempo, por supuesto fue un avance, pero yo creo que hasta ahora, no hemos sido capaces como país de mejorarla” (Representante de Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI).

También coincidieron en manifestar que la ley del SIDA tiene vacíos y que requiere ser reformada, fundamentalmente en lo que respecta a derechos de los menores de 18 años que deseen conocer su estado serológico por iniciativa propia, ya que en la actualidad para hacerse el examen de detección, deben contar con el consentimiento voluntario de un tutor, al igual que los menores que se encuentran en situación de asistencialidad, bajo la tutela del Estado, limitando con ello su derecho a acceso oportuno y a la confidencialidad de los resultados.

“es una ley que hoy día restringe el acceso oportuno a los jóvenes menores de 18 años, quienes tienen que venir acompañados de un tutor legal para tomarse el examen, de lo contrario no pueden hacérselo, entonces eso es claramente discriminatorio porque atenta contra el acceso oportuno de los jóvenes para saber si viven o no con el VIH y ese es un tema de ley. Por ejemplo, los jóvenes que viven en situación de calle o los jóvenes que quieren saber su situación pero no quieren que sus padres se enteren, en el fondo yo creo que esta parte de la ley del SIDA atenta contra la confidencialidad de los jóvenes que quieren conocer su estado serológico” (Coordinadora Mesa Regional de Consejería).

Algunos entrevistados también resaltaron, que se debe reformar la legislación vigente, en el sentido de otorgar a los profesionales de la salud, la facultad de efectuar la búsqueda activa de los contactos de casos confirmados, para ofrecer el servicio de pruebas de detección del VIH, sin que se tenga que contar con el consentimiento voluntario de la persona VIH positiva. Sobre este punto se ha logrado un importante avance, ya que tal como se ha mencionado, la última modificación al Decreto N°182 de 2005, Reglamento del Examen de Detección del VIH, incorporó esta necesidad, quedando plasmada en el Decreto N°45 del 2011 del Ministerio de Salud, que faculta a los médicos para contactar en forma reservada a las parejas sexuales que una

persona diagnosticada con VIH haya declarado voluntariamente poseer, en caso que ésta no las haga concurrir para recibir atención de salud. Ese mismo decreto, también establece la obligatoriedad del examen de detección del VIH en el control prenatal de las embarazadas. Si bien es cierto que esta disposición, se encuentra plenamente vigente, actualmente no tiene aplicación práctica en relación a esta última indicación, ya que la misma autoridad ministerial, al poco tiempo de publicado el Decreto N°45/11, instruyó a los Servicios de Salud y SEREMIS de Salud del país, a través de Circular N°47 de diciembre de 2011, que en el caso de las embarazadas igualmente se debe solicitar el consentimiento y si ésta se niega a practicarse el examen, éste no deberá efectuarse, instrucción que representa un retroceso para la prevención vertical, hacia la cual se pretendía avanzar.

En otro aspecto de la normativa, algunos entrevistados también señalaron, que se debería fiscalizar a las entidades privadas que ofrecen las pruebas de detección, respecto de la entrega efectiva de la consejería pre y post test diagnóstico, en la forma que el Reglamento del Examen y los Manuales de Consejería lo establecen, ya que en la práctica la SEREMI de Salud, entidad facultada para ello, no realiza fiscalización del cumplimiento de estas prestaciones, argumentando que no dispone de horas funcionarias para esa labor, ni tiene establecido procedimientos ni protocolos para el control de la Consejería.

“En materia de notificación de casos, es necesario que se lleven a cabo los procedimientos, de la manera que se establece en la ley y en los manuales de Consejería. Por ejemplo, hacer hincapié en las Consejerías pre test y en las fiscalizaciones al sector privado, porque la ley establece que debe haber una Consejería pre test y una pos test y de repente uno vé que los Laboratorios no siempre lo hacen, yo nunca he firmado un consentimiento en mi vida y me he hecho el test de Elisa varias veces” (Representante del Programa Alerta).

Es importante señalar que a través de la normativa, el legislador privilegió garantizar el tratamiento a quienes lo requieran y resguardar una serie de derechos, entre los cuales están los señalados en la sección anterior y que se manifiestan en aspectos tales como, la voluntariedad en la realización del examen de detección, la confidencialidad de los resultados y la no discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, todo lo cual constituye un avance significativo en materia de derechos, pero ciertamente omitió abordar en profundidad la prevención del VIH/SIDA, aspecto fundamental para el control de la enfermedad.

6.1.2.2. Institucionalización de procedimientos de la RRIP.

Se pudo constatar que los únicos documentos oficiales que entregan lineamientos acerca de la organización y funcionamiento de la RRIP, constan en los documentos “Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS”, año 2009 y en las “Orientaciones 2008 de la RRIP del VIH y las ITS”, ambos elaborados por el Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS (ex CONASIDA), que constituyen los documentos oficiales de posición política del Ministerio de Salud, en materia de Respuesta Nacional al VIH/SIDA, durante la administración de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria.

Por su parte el actual gobierno diseñó una Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, en la cual considera la continuidad a nivel regional, de las Mesas de Trabajo Intersectoriales, lideradas por las SEREMI de Salud, para el diseño, implementación y evaluación conjunta de Planes Regionales Intersectoriales para la promoción de sexo seguro, sin hacer alusión explícita a la RRIP.

Cabe señalar que las dos funcionarias de la SEREMI de Salud a cargo de la coordinación de las instancias regionales, coincidieron en señalar que anualmente el Ministerio de Salud enviaba orientaciones a esa SEREMI para la ejecución de la RRIP y que los últimos lineamientos los recibieron el año 2008. Con posterioridad, tuvieron que trabajar el Programa Anual de Prevención, adaptando las orientaciones técnicas de ese año.

“Nosotros recibimos orientaciones hasta el 2008, sobre cuáles eran los requerimientos técnicos, programáticos que se esperaba cumpliera esta Respuesta desde el punto de vista preventivo y lo que nosotros hacíamos por tanto, era adecuar un poco nuestra expectativa, nuestro trabajo a lo que se nos pedía técnicamente desde el nivel central (CONASIDA). El 2009 y el 2010 no contamos con orientaciones técnicas, pero nosotros estuvimos replicando la estructura, las últimas orientaciones que se nos entregó son las del 2008” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

En relación a la creación y funcionamiento del Consejo Regional de VIH, si bien es cierto que los integrantes más antiguos del Consejo coincidieron en manifestar que la existencia de éste es anterior a la RRIP, ya que habría sido creado el año 2004, por el SEREMI de Salud de la época, no se encontró registro formal que documente su constitución, ni en la SEREMI ni en la página web de esa Secretaría. Sólo se encontró en soporte electrónico, una Resolución del año 2009, del SEREMI de Valparaíso de ese momento (Resolución N°2061/11), en la cual se reconoce la existencia del Consejo Regional del VIH como una instancia de participación ciudadana de la SEREMI de Salud de la región, en el contexto de los proyectos asociativos de la RRIP de VIH. Esa Resolución actualmente se encuentra derogada por la Resolución Exenta N°712/11 del Ministerio de Salud, que aprueba la nueva Norma General sobre participación ciudadana en la gestión pública de salud y que establece la figura genérica de Consejos de la Sociedad Civil, sin hacer mención al Consejo Regional del VIH.

En consecuencia, no existen documentos oficiales que respalden la creación, conformación y funcionamiento del Consejo Regional de VIH.

“Lo que pasa es que este consejo no se sabe de dónde viene, si tiene una raíz legal o administrativa. Lo que sí sabemos es que la sociedad civil a través de su propia red tiene derecho a participar” (Representante de VIVO POSITIVO).

Respecto a la formalidad para la designación de los representantes de los organismos públicos convocados para participar en el Consejo, la mayoría de los entrevistados manifestó no haber sido designado mediante Resolución u otro acto administrativo formal de su Servicio, sino más bien en forma verbal y de mutuo acuerdo con la autoridad del momento.

“la designación para participar en el Consejo es un mutuo acuerdo. No hay ningún documento de nada” (Representante del SENAME).

En cuanto a la existencia de procedimientos internos de funcionamiento, se pudo constatar en la revisión de la documentación existente aportada por algunos entrevistados y de lo que éstos expresaron en las entrevistas, que el Consejo no cuenta con normativas internas de funcionamiento ni se han diseñado procedimientos, flujogramas de procesos, como tampoco se tiene mecanismos formales para resolver y tomar decisiones. La práctica de elaborar actas de las sesiones del Consejo no es sistemática, existiendo registros sólo de algunas reuniones y éstas no son difundidas a todos los integrantes.

“No hay actas, ese es un detalle interesante. En las reuniones se consigna la asistencia, pero no hay un acta formal, no hay nada formal ahí. No hay una comunicación que nos llegue de lo que se trató en la reunión, no nos llega absolutamente nada. El año pasado tampoco. Porque el Consejo, no lo podemos modificar, por un tema que no sabemos si eso está administrativamente armado así. O será por un tema profesional de la Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI? . El año pasado había otro SEREMI y era igual” (Representante de VIVO POSITIVO).

Referente a la existencia de protocolos para ejercer fiscalización de las prestaciones de Consejería, se constató que la SEREMI de Salud no tiene normado ni ha elaborado protocolos escritos para ejercer la supervisión a prestadores de salud del sector privado, respecto de la calidad, oportunidad y entrega efectiva de la Consejería a quienes concurren a hacerse pruebas de detección del VIH.

“Mira, no está regulada la supervisión a establecimientos privados respecto si están o no realizando la Consejería. Si me dices con protocolo y procedimientos, no existe. Nosotros sí tenemos la facultad como SEREMI de Salud de fiscalizar la Consejería” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

En otro aspecto, se evidenció que no hay una estructura o una forma de organización que permita dar continuidad y trascendencia a las acciones del Consejo, más allá de la voluntad de las autoridades de turno y de las personas que lo integran, ya que en la mayoría de los casos, la ejecución de las actividades regionales de prevención del VIH y sus resultados, dependen del compromiso con la prevención del VIH, de la vocación y la iniciativa personal de los jefes de Servicios y/o de los referentes que asisten al Consejo del VIH, centrándose el quehacer preventivo en la voluntad de las personas que participan.

“Yo diría que no hay una estructura que permita asegurar que las acciones que nosotros como Consejo proponemos, se van a ejecutar sí o sí. Si hoy día se cambia al Director de una Institución que está comprometida con la prevención del VIH o al referente, es muy probable que esa acción sufra ciertas modificaciones, porque está muy centrada en las personas” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

“Este trabajo pasa por las voluntades de las personas, porque si a mí no me interesara tanto el tema, a lo mejor yo tampoco iría a los colegios a dar charlas educativas de prevención del VIH y a nadie le importaría, porque no está establecido en ninguna parte que esa es mi función, en consecuencia es una cuestión de voluntad” (Representante de Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI).

6.1.3. SUB-DIMENSIÓN DESCENTRALIZACIÓN

En el contexto de esta investigación, la sub-dimensión Descentralización, será entendida como la capacidad de la RRIP liderada por la SEREMI de Salud, de descender territorialmente, hacia las distintas Provincias y Comunas de la región y de ser replicada a nivel provincial y comunal, como modelo de coordinación intersectorial. Esta sub-dimensión se analizó desde las variables desarrollo de iniciativas locales de prevención y grado de difusión local de la RRIP.

De acuerdo a lo expresado por los entrevistados, todos coincidieron en afirmar que las estructuras de coordinación regional denominadas Consejo Regional del VIH y Mesa Regional de Consejería, no se replican a nivel provincial o comunal, evidenciando que no existen otras

instancias de coordinación y participación ciudadana, para la prevención del VIH en la región, aparte de las mencionadas.

“La estructura de coordinación regional representada por el Consejo, no existe a nivel local” (Representante de CIPRODES).

“La estructura de coordinación intersectorial regional que se refleja en el Consejo Regional del VIH, no se ha descentralizado a nivel provincial y menos a nivel comunal, no existe definitivamente. Se supone que la respuesta tiene que poner énfasis en lo local, porque Los Andes tiene su particularidad y Chincolco también, por ejemplo Chincolco tiene una gran población de hombres que tienen, sexo con hombres. Yo reestructuraría, en el sentido que descendan las orientaciones, para que esta respuesta integrada llegue a las provincias, ya que no descenden las orientaciones de la SEREMI” (Representante de la Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI).

Respecto a la ejecución de actividades locales de prevención, se pudo detectar que las intervenciones que se realizan a nivel local son escasas y sólo se ejecutan en la medida que las organizaciones locales, presenten proyectos de intervención a través del portal mercado público y resulten adjudicadas por la SEREMI, según criterios de selección establecidos en las bases de la licitación. Desde esa lógica, varios de los referentes entrevistados, especialmente los de organizaciones sociales que integran el Consejo, manifestaron estar disconformes con la convocatoria a través del portal mercado público, por cuanto los plazos establecidos por la SEREMI de Salud en las licitaciones para presentar proyectos, son muy reducidos, no dando tiempo para reunir los antecedentes solicitados en las Bases.

En una perspectiva más crítica, un referente de la sociedad civil que asiste con regularidad a las reuniones del Consejo, incluso cuestionó que la RRIP tuviera alcance regional, ya que según ha observado, las intervenciones de prevención se han concentrado en la ciudad de Valparaíso, para grupos poblacionales de esa Comuna, razón por la cual miembros de su organización han cuestionado la conveniencia de continuar participando en el Consejo Regional del VIH.

“nosotros nos preguntamos para qué estamos en el Consejo, si toda la gente que asiste es de Valparaíso, las actividades se hacen en Valparaíso, para la población de Valparaíso” (representante de VIVO POSITIVO).

En relación a la Mesa Regional de Consejería, se constató que tampoco se descentraliza a nivel provincial ni comunal, siendo muy categórica la postura de la coordinadora de esa Mesa, en el sentido de señalar que no se justificaría la existencia de una estructura de coordinación similar a nivel local y por ello no se han realizado esfuerzos por descentralizar su estructura.

“La Mesa Regional de Consejería no se descentraliza a nivel provincial o comunal, porque perdería el sentido. La verdad es que hay una persona representante de todo el Servicio (de Salud) y nos cuesta muchísimo convocarlo; por ejemplo, si viene un representante de Aconcagua y viene una vez al mes, coordina desde acá las actividades de su Servicio; tener una Mesa chica en Aconcagua no tiene ningún sentido operativo, porque si bien descentralizaría la actividad, pero no tendría la posibilidad de abordar regionalmente estos temas que son de abordaje nacional. Ahora en general, la verdad es que no ha habido mucha experiencia de trabajar en consejería en ese plan” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

6.1.3.1. Desarrollo de iniciativas locales en prevención.

Tal como se mencionó precedentemente, las iniciativas locales de prevención del VIH, realizadas dentro del plan anual de la RRIP, son escasas y los proyectos ejecutados en el año 2010, seis en total, fueron implementados por las organizaciones contratadas mediante licitación pública convocada a través del portal mercado público, ID 2123-89-LE10. Las organizaciones que se adjudicaron la ejecución de proyectos fueron Alianza Trans hace la Fuerza, con un proyecto focalizado a población que ejerce el comercio sexual (hombres, mujeres y/o transgénera) por un monto de M\$1.500 y Corporación Chilena de Prevención del SIDA (Acción Gay), quien se adjudicó dos proyectos, uno focalizado a población con prácticas homobisexuales y el otro dirigido a población privada de libertad, cada uno por un monto de M\$1.000 y ejecutados en la Comuna de Valparaíso. Las tres iniciativas (proyectos) restantes, fueron adjudicadas por contratación directa al Consejo de Salud de San Antonio, para la ejecución de una iniciativa dirigida a trabajadores portuarios, Mujeres por sus Derechos, con una iniciativa dirigida a mujeres y la Agrupación Sol y Luna, con una iniciativa dirigida a población juvenil.

Cabe destacar que las únicas intervenciones locales en prevención del VIH/SIDA implementadas en la región, corresponden a las desarrolladas por las organizaciones sociales que anualmente se adjudican los proyectos, ya que la SEREMI de Salud no ejecuta directamente iniciativas de prevención en VIH/SIDA, salvo la formación de consejeros. Tampoco promueve la ejecución de iniciativas locales, en las comunas de la región que han sido focalizadas con alta prevalencia del VIH, para que personal de salud pública de las oficinas provinciales de la SEREMI, desarrollen acciones como parte de las líneas de trabajo de la RRIP.

“En el caso de la Oficina Provincial Aconcagua, el trabajo en prevención es absolutamente voluntario, por ejemplo, en la Ligua no se hace absolutamente nada desde la SEREMI, en prevención del VIH. La verdad es que en las Provincias de Petorca, Los Andes y San Felipe, nosotros como Oficina Provincial de la Seremi, no nos estamos haciendo cargo de la prevención del VIH”. “Este tema no es una prioridad del jefe superior de la Oficina Provincial, para nada. Insisto, si yo no voy más a hacer talleres de prevención del VIH, nadie me va a decir por qué no vas a hacer los talleres; no, no es prioridad”. (Representante de la Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI).

De acuerdo a lo anterior y a las afirmaciones de los referentes de la sociedad civil entrevistados, se pudo conocer que las pocas intervenciones locales de prevención, que se realizan fuera de la Provincia de Valparaíso, son desarrolladas por iniciativas de las organizaciones sociales vinculadas al tema del VIH/SIDA y/o la sexualidad, las cuales se han insertado a otras redes sociales comunales y a instituciones públicas con presencia local, las cuales han creado Fondos para el financiamiento de proyectos comunitarios, por lo que no han sido financiadas con presupuesto de la SEREMI de Salud.

“En mi comuna la acción de prevención está sostenida en un primer pilar que es la inserción de la agrupación YO VIVO, en diferentes redes comunitarias. Nos insertamos a la red infantojuvenil, en la agrupación de juntas de vecinos y nos permitió hacer una red con Previene y CONACE, en términos que fuimos capaces de incorporar la prevención de drogas. Por lo tanto, lo que hacemos nosotros es vincularnos con otras instituciones públicas pero que no son de Salud, tales como OPD, CONACE PREVIENE, Defensa Civil, Cruz Roja” (Representante de VIVO POSITIVO).

“Nosotros postulamos a los proyectos de CONACE, de la Municipalidad, de la Gobernación y también a los proyectos Buen Vecino de CODELCO y hemos buscado otras fuentes de financiamiento, como el Fondo Social Presidente de la República, todos los cuales son mucho más fáciles para postular y son buenas fuentes de recursos para hacer prevención” (Representante de CIPRODES).

6.1.3.2. Difusión local de la RRIP.

Respecto de esta variable, todos los entrevistados refirieron que se realiza muy poca difusión de la RRIP y del trabajo en prevención que desarrolla el Consejo Regional del VIH como la Mesa Regional de Consejería, reconociendo sus referentes que ese es un problema de la RRIP. En general, señalaron que no se difundían los proyectos focalizados de prevención ejecutados durante el año, ni de las iniciativas comunitarias. También expresaron que en el caso de las actividades comunicacionales masivas, éstas no requerían de mayor difusión, ya que se divulgan en sí misma, por su carácter masivo, como por ejemplo las marchas organizadas por grupos homosexuales, conmemoración de HITOS como el Candlelight (día de las Velas, que se conmemora el 19 de mayo de cada año), Día mundial del SIDA, que se realiza el 1° de diciembre.

Por su parte la Mesa Regional de Consejería tampoco realiza difusión de los cursos efectuados en el año en el ámbito de la formación y actualización de consejeros ni de las capacitaciones ejecutadas.

“Ese es un tremendo problema que tenemos nosotros como SEREMI, porque difusión de consejería se realiza muy poco, es una demanda de años ya que necesitamos mostrar lo que hacemos, validar nuestro trabajo, visibilizarlo y poco a poco hemos ido incorporando algunas ideas, por ejemplo un espacio de difusión importante son las jornadas de evaluación, porque muchas veces se invita a las jefaturas para que sepan en qué se está trabajando, para qué el funcionario solicitó los permisos en el año, cuál fue el resultado de su gestión” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

Algunos entrevistados mencionaron que cada referente se encarga de transmitir a los niveles competentes de su institución, la información que se produce en el Consejo Regional del VIH y en la Mesa Regional de Consejería.

“Cada uno de los referentes baja la información, por ejemplo el INJUV informa desde su grupo etario y el grupo que ellos trabajan, llámese de manera permanente o no, pero llega a los infocentros. La gente de organizaciones como Acción Gay o como las organizaciones Trans, también llegan a su propio público, Gendarmería llega a su público, etc.. Cada sector baja su información a su grupo, pero desconozco si existe una coordinación a nivel local porque nunca he visto un representante de desarrollo social de algún municipio o del departamento de salud de algún Consultorio” (Representante del programa Alerta).

Sin embargo, en la práctica se pudo constatar que no todos los referentes regionales descienden la información hacia las bases de su organización, situación que quedó en evidencia en el caso de la misma SEREMI de Salud, en que personal responsable del tema VIH, de la Oficina Provincial, desconoce el funcionamiento y el trabajo que realiza el Consejo. Similar situación se observó con la Red ASOSIDA, en que la Presidenta de una de sus organizaciones de base, reconoce no recibir información de su representante en el Consejo ni de la encargada de la SEREMI, en relación al trabajo de la RRIP.

“Yo estoy perdida con el trabajo que realiza el Consejo. Sé que se reúne, que tiene que licitar proyectos, difundir las bases de los proyectos, pero si me preguntan cuál es el trabajo

del Consejo, yo no lo sé” (Representante de la Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI).

“No nos llega información del trabajo que hace la RRIP. Hoy en día todas las organizaciones tienen correo electrónico y nosotros también, nos podrían enviar la información por correo, pero no nos llega información” (Representante de CIPRODES)

Por otra parte, los entrevistados identifican la jornada anual de evaluación, como la instancia principal para hacer difusión del trabajo del Consejo Regional de VIH y de la Mesa Regional de Consejería.

“El año pasado, a través de esa jornada especial; se arrendó el Hotel O’Higgins y se mostraron no sé si todas o gran parte de las intervenciones que se hicieron durante el año” (Representante de VIVO POSITIVO).

Además, la mayoría de los referentes reafirman la necesidad de realizar una mayor difusión de la existencia y funcionamiento del Consejo Regional del VIH y de la Mesa Regional de Consejería, debido a que reconocen dificultades para que la población pueda acceder a información sobre la RRIP y de las instancias de coordinación regional de prevención del VIH.

“Si yo no estuviera en el Programa Alerta, no podría saber que existe una Mesa Regional de VIH, porque yo me imagino que deben haber muchas otras ONG que trabajan en VIH y que no saben de la existencia del Consejo, entonces hace falta más difusión” (Representante de Universidad Federico Sta. María, Programa Alerta).

Esta opinión es compartida por las representantes de la SEREMI de Salud, quienes sostuvieron que tienen problemas para difundir las orientaciones de la RRIP desde el nivel regional hacia las provincias y comunas de la región, debido fundamentalmente a que las oficinas provinciales no tienen personal dedicado a la prevención del VIH/SIDA.

“Mira, alguna vez tratamos de coordinarnos para difundir las orientaciones de la RRIP, pero no siempre hay equipos instalados en las Oficinas Provinciales, que se dediquen totalmente a este tema y la verdad es que el año pasado ya la coordinación empezó a decaer”. (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

También se revisó la página web de la SEREMI de Salud para buscar información sobre la situación epidemiológica del VIH/SIDA en la región, actividades de prevención realizadas, proyectos ejecutados, en el marco del Programa del VIH y de la RRIP, oferta de servicios de prevención disponible, organización y actas del Consejo, monto de recursos destinados a la RRIP, entre otras materias de interés público, relacionadas al VIH/SIDA. Al respecto se pudo comprobar que la SEREMI de Salud de la región no tiene información publicada en su página web, en ninguno de los temas antes mencionados, no obstante ser la entidad regional mandatada para concentrar y producir información sobre el estado de la epidemia en la región, difundir los diagnósticos regionales de salud e implementar acciones para su control y prevención. Sin embargo la información que produce, en especial aquella relacionada a la vigilancia epidemiológica, se mantiene inaccesible para la sociedad, desaprovechando la ventaja comparativa que la SEREMI tiene para difundir esa información y de ponerla a disposición de la población como un bien público y con ello contribuir a sensibilizar a la población regional sobre la necesidad de adoptar conductas más seguras.

Esta realidad contrasta con el deseo del legislador, en cuanto a establecer que el Estado debe promover la difusión de la información que se produce en torno a la temática del VIH/SIDA y su

prevención, al dejar estipulado en la ley del SIDA que “el Estado arbitrará las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del virus de inmunodeficiencia humana, sus vías de transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento y los programas públicos existentes para dichos fines, poniendo especial énfasis en las campañas de prevención” (art. 3 de la ley N°19.779 del SIDA) .

Sintetizando los aspectos analizados en la Dimensión Política, se puede decir que la participación en las instancias regionales de coordinación, que conforman la estructura de la RRIP, es muy reducida y parcial, pues son escasas las organizaciones participantes. La capacidad de liderazgo observada, de quienes asumen la coordinación y la articulación de la RRIP, por parte de la SEREMI de Salud, se encuentra limitada por la falta de atribuciones y facultades que tienen las funcionarias a cargo de este tema. Esto dificulta la construcción de vínculos formales con representantes de entidades intersectoriales claves para el desarrollo de una respuesta sostenible en el tiempo, como lo son la SEREMI de Educación y SERNAM. La institucionalidad para la prevención es débil y el sistema normativo existente no sienta las bases para articular las acciones de intervención de manera integrada y con alcance regional. Tampoco existe acercamiento de la estrategia al mundo político, ya que quienes participan como representantes del intersector, pertenecen fundamentalmente a los niveles técnicos de sus organizaciones, sin poder suficiente para movilizar recursos para la prevención del VIH.

Por otra parte, las orientaciones para implementar la RRIP tienen poca o casi nula difusión hacia la comunidad organizada, al intersector y hacia los niveles provinciales y comunales, sin que se haya encontrado evidencias de descentralización de la estrategia, lo cual ciertamente contribuiría a catalizar los requerimientos locales de prevención del VIH/SIDA. Dado este escenario, surge el desafío para la SEREMI de Salud, de buscar el apoyo político necesario que permita transformar la RRIP en una verdadera y efectiva respuesta regional al VIH/SIDA.

6.2. DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

A través de esta dimensión se analiza si la entidad responsable de articular la RRIP de Valparaíso, dispone de las capacidades organizacionales que permitan hacer viable la implementación y funcionamiento de la estrategia, conforme a su diseño. Para este efecto, se indagó respecto de los recursos asignados a la RRIP, las fuentes de financiamiento, si la respuesta contempla capacitación en prevención a la comunidad organizada a través de la SEREMI de Salud y los entes de coordinación regional, grado de autoridad de los funcionarios responsables de implementar la RRIP, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención, transparencia de los procesos administrativos para la ejecución de las intervenciones y rol de la RRIP, en la promoción de investigación en VIH y su prevención.

6.2.1. SUB-DIMENSIÓN CAPACIDADES ORGANIZACIONALES

6.2.1.1. Recursos financieros, humanos y tecnológicos asignados a la RRIP.

Recursos Financieros:

Entre los años 2003 y 2008, la región de Valparaíso contó con recursos aportados por el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA y con recursos internacionales provenientes del

Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, de ONUSIDA. En ese período, la SEREMI de Salud de Valparaíso disponía de un presupuesto anual aproximado de 28 millones de pesos, para financiar exclusivamente programas orientados a la prevención, atención integral del VIH/SIDA y al fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil con trabajo en el tema¹⁸.

A mediados del año 2008, Chile deja de recibir los aportes del Fondo Global y la RRIP del VIH de la región, se comienza a financiar sólo con recursos del Plan Regional de Salud Pública, provenientes de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud y dirigidos al financiamiento de los diversos programas de salud de la región, siendo la prevención del VIH un programa más.

En ese contexto, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA deja de tener un presupuesto exclusivo, debiendo competir con los otros programas de salud del Plan Regional, en la asignación de recursos. En virtud de esta nueva realidad, la RRIP no dispone de un presupuesto anual base, asegurado y permanente, situación que preocupa y complica a las encargadas de la implementación del programa de prevención y coordinadoras de la RRIP del VIH de la SEREMI, debido a la incertidumbre que experimentan todos los años, respecto a la magnitud de los recursos que se dispondrán y qué actividades serán priorizadas. De esta forma el financiamiento de las actividades de prevención del VIH en la región, queda actualmente supeditado a las prioridades técnico políticas de la autoridad regional de salud del momento y al compromiso de éstas con la prevención de esta enfermedad.

Cabe destacar que en la línea de trabajo de la Consejería, en los últimos dos años se ha logrado obtener aportes de recursos externos a la SEREMI, provenientes de los Servicios de Salud y de las Corporaciones Municipales de Salud de la región, entidades que han participado financiando directamente, los cursos de formación de nuevos consejeros que han sido realizados en su jurisdicción, mediante la inserción de los cursos en los Planes Anuales de Capacitación (PAC) al interior de sus organizaciones.

Esta modalidad de financiamiento no está institucionalizada formalmente, sino que depende de la gestión, compromiso y capacidad de liderazgo del referente en su respectiva organización, para incluir esta temática en el programa de capacitación local.

“La RRIP Cuenta con recursos que son del Plan Regional de Salud Pública y con recursos que yo le llamo externos, porque son de los Servicios de Salud y de las Corporaciones Municipales, quienes financian los cursos de formación de consejeros, que son cursos caros. Entonces ellos financian año a año uno o dos cursos, dependiendo de la motivación que hace el referente del Servicio de Salud o de la Corporación Municipal, en su institución”
(Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

Respecto a la tendencia en la asignación de recursos, todos los entrevistados coincidieron en señalar que el presupuesto para la RRIP del VIH en la región, ha disminuido con posterioridad a la suspensión de los aportes del Fondo Global en Chile, pasando a disponer de un presupuesto en el año 2010 que alcanzó los 17,9 millones de pesos para todas las líneas de trabajo¹⁹.

¹⁸ Información proporcionada por la Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA de la SEREMI de Salud de Valparaíso, diciembre 2010.

¹⁹ Exposición de la Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA de la SEREMI de Salud de Valparaíso (Jornada de Evaluación del Consejo Regional del VIH, diciembre de 2010).

“Ha habido una reducción paulatina pero sistemática de los recursos para la prevención del VIH, se han ido recortando, además que se terminó el Fondo Global y éste impactó mucho en términos de cómo era la respuesta. Pero si Ud. lo vé como Estado, mientras más gasta en la prevención, menos va a gastar en tratamiento, es más barato invertir en prevención que invertir en tratamiento. El discurso del Estado no ha sido así y eso se refleja en que hay menos recursos para la prevención, en que cada día hay más barreras a la entrada para postular a proyectos de prevención” (Representante de VIVO POSITIVO).

“Yo creo que la Respuesta Regional es pobre.... Pobre en recursos económicos, pobre en lo que se requiere para poder satisfacer las necesidades regionales, ya que los recursos han ido bajando. Creo que no existe la suficiente conciencia de las necesidades que tiene la región, dado los pocos recursos que se entregan” (Representante de ASOSIDA)

La reducción de los recursos presupuestarios, también ha tenido impacto directo en una menor disponibilidad de condones en los Consultorios de la Red Asistencial y en las Oficinas Provinciales de la SEREMI, ya que éstas casi no disponen de preservativos para distribuir a las organizaciones que los soliciten o para las campañas de prevención.

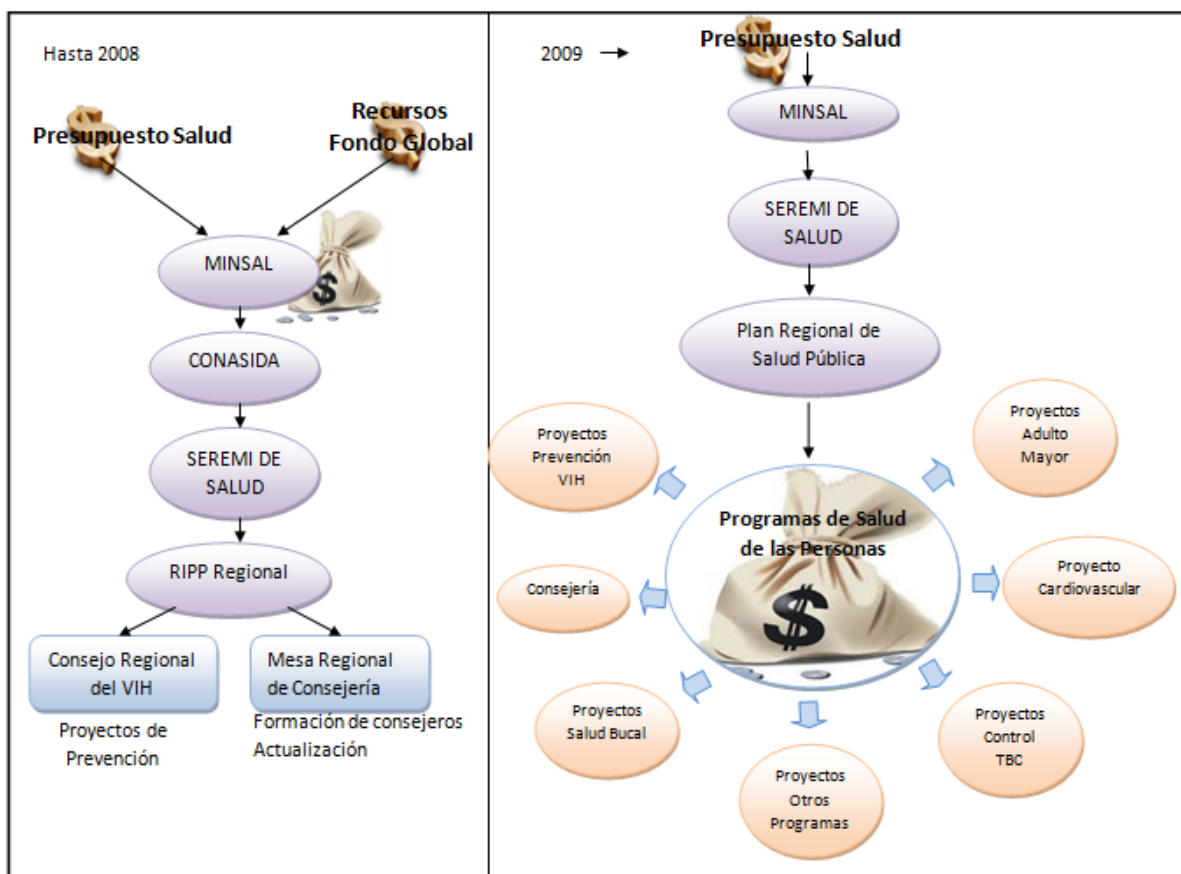
“Otra cosa importante que tiene que considerarse también es la disponibilidad de preservativos. Hoy día es un gran tema que no está resuelto; en la SEREMI nosotros no disponemos de preservativos, es una cosa extraordinaria si te mandan 20 condones; yo hago talleres de educación sexual en los colegios y allí recibo quejas de los adolescentes que van a los consultorios y no les entregan condones, existiendo niños que iniciaron vida sexual, que además no tienen ninguna posibilidad de comprarlos y en el consultorio no se los entregan porque no hay para eso, sólo para planificación familiar”. (Representante de la Oficina Provincial Aconcagua de la SEREMI).

Finalmente, se reconoce por parte de la funcionaria de la SEREMI de Salud, encargada del Programa de Prevención, que es difícil conseguir los recursos al interior de esa entidad, debido a la complejidad para visibilizar la prevención del VIH dentro del Plan Regional de Salud Pública.

“Al interior de la SEREMI cuesta obtener los recursos, porque es difícil visibilizar el Programa, para qué queremos los recursos, cuesta mucho que la gente entienda la complejidad de la prevención y que son temas que han venido desarrollándose históricamente desde 1998”. (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

En la figura N°11 se resumen gráficamente las fuentes de financiamiento para la prevención del VIH y las ITS, hasta el año 2008 y desde el 2009 en adelante.

Figura N°11: Fuentes de Financiamiento para la Prevención del VIH y las ITS, Región de Valparaíso.



Fuente: Elaboración Propia

Recursos Humanos:

Otro recurso importante que incide en la ejecución de la RRIP, es el personal dispuesto por la SEREMI de Salud a su implementación.

En este ámbito y tal como se ha mencionado, el programa de VIH/SIDA, tiene dos profesionales contratadas en jornada completa y con dedicación exclusiva al programa. Una de ellas tiene a cargo la consejería y la coordinación de la Mesa Regional de Consejería, mientras que otra profesional tiene la responsabilidad del programa de prevención, la articulación de la RRIP y la coordinación del Consejo Regional del VIH.

“Desde el 2005, en que se separan las funciones de gestor de Red Asistencial y Autoridad Sanitaria, la SEREMI se hace cargo del Programa de Prevención del VIH, yo asumo la coordinación del programa, sola. Siempre hubo una sola persona, pero era el Programa y el Fondo Global. En ese tiempo tampoco estaba contratada y en términos administrativos era una persona externa a la institución, porque era el Fondo Global el que me pagaba el sueldo, así que responsabilidad administrativa tampoco tenía y eso entorpecía un poco la gestión en algunas cosas. En el año 2005, pedimos una persona que se hiciera cargo del tema consejería que se estaba perdiendo prácticamente, porque yo no tenía capacidad para articular más trabajo en la Red y en ese período llegó Vania quien le ha dado un desarrollo y un impulso que no se habría podido dar si no hubiera estado”. (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

Cabe hacer presente que las Oficinas Provinciales de la SEREMI de Salud, no tienen personal con funciones asignadas al VIH/SIDA y las ITS, siendo un caso excepcional, la oficina de Aconcagua, en que una profesional matrona diseña y ejecuta intervenciones educativas de prevención por iniciativa propia, asumiéndolo espontáneamente sin haber una designación formal al respecto.

Recursos Tecnológicos:

En cuanto a los recursos tecnológicos que la SEREMI, ha dispuesto para el Programa de Prevención del VIH, se pudo constatar que se cuenta sólo con recursos informáticos básicos, consistentes en estaciones de trabajo personales para el trabajo de las dos funcionarias del Programa.

Respecto de la página web de la SEREMI, ésta no es aprovechada a cabalidad para la prevención del VIH y las ITS, ya que no ha creado un sitio con información específica de la epidemia en la región, ni de los servicios preventivos existentes, ni del catastro de organizaciones públicas y privadas que ofrecen consejería, pruebas de detección, entre otros datos útiles que podría publicar y poner a disposición de la comunidad como un bien público.

6.2.1.2. Capacitación en prevención a prestadores de servicios de salud (públicos y privados).

En este ámbito, es necesario señalar que la SEREMI de Salud realiza dos tipos de actividades: formación de consejeros y charlas en temas de VIH/SIDA e ITS, a solicitud de la entidad que lo requiera.

A través de la Consejería, la SEREMI tiene la función de formar consejeros, certificarlos y actualizarlos. Los cursos de formación de consejeros se realizan siguiendo el modelo establecido por el Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS del MINSAL y están dirigidos al personal de salud de establecimientos de la atención primaria y secundaria de los Servicios de Salud, Corporaciones de Salud Municipal de la región, laboratorios públicos y privados. También se entregan algunos cupos a representantes de la sociedad civil organizada y que realizan trabajo en materia del VIH/SIDA.

En tanto las charlas en esta temática, son realizadas por los integrantes de la Mesa de Consejería y del Consejo Regional del VIH y han estado orientadas al personal de las entidades públicas que asisten al Consejo y a la Mesa de Consejería, siendo efectuadas a petición de la organización requirente.

De acuerdo a lo expresado por la Coordinadora de la Mesa de Consejería, el equipo regional de docentes que imparte los cursos de formación y actualización, es reducido y está constituido por funcionarios de los Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio y Aconcagua. Estos funcionarios-docentes, realizan los cursos de formación, en forma extraordinaria a sus actividades asistenciales. Los cursos se organizan de acuerdo a las necesidades de consejeros detectadas en la región y se ofrecen fundamentalmente a los tres Servicios de Salud de la región, Corporaciones Municipales de Salud (Consultorios municipales) y laboratorios. Sólo una mínima cantidad de cupos, son ofrecidos a la red interuniversitaria del Programa Alerta y a las organizaciones comunitarias con trabajo en VIH.

“En general no realizamos cursos de consejería a funcionarios de instituciones que no integran la Mesa Regional de Consejería, no hemos tenido la experiencia. El año pasado nos invitaron al MOP, pero no es capacitación en consejería, sino a dar una charla para funcionarios del MOP, también a realizar actividades de capacitación a estudiantes de la Universidad Católica y de la Universidad Federico Santa María. Pero no es una formación de consejeros porque esa es una actividad específica y restringida, pero sí podemos capacitar en temáticas de VIH y eso lo hacemos según demanda”. (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

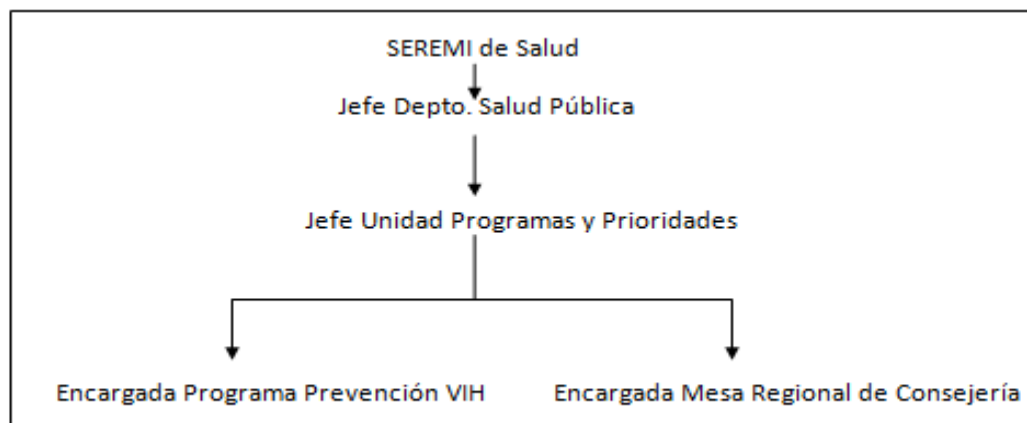
Según cifras entregadas por la coordinadora de la Mesa de Consejería, durante el año 2009 la SEREMI capacitó a 102 personas (consejeros nuevos y actualizados) y en el año 2010 esta cifra ascendió a 124 (consejeros nuevos y actualizados).

6.2.1.3. Autoridad de los responsables de la RRIP.

Como se ha mencionado anteriormente, la coordinación e implementación de la RRIP y del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, corresponde al Departamento de Salud Pública de la SEREMI y específicamente a la Unidad Programas y Prioridades dependiente de ese Departamento.

La implementación del Programa está a cargo de dos funcionarias de esa Secretaría, quienes realizan la coordinación regional de las líneas de trabajo del Programa del VIH/SIDA. Ambas funcionarias son Asistentes Sociales, pertenecen a la planta de profesionales, en calidad jurídica de contratadas y no tienen función asignada de jefatura, sino de encargadas del Programa de Prevención del VIH y de la Mesa Regional de Consejería respectivamente, debiendo reportar jerárquicamente a la jefatura de la Unidad de Programas y Prioridades, como se muestra en el cuadro N°5.

Cuadro N°5: Organización funcional del Programa VIH/SIDA



Fuente: Elaboración propia

El nivel jerárquico desde el cual ambas coordinadoras ejercen sus funciones, no les permite contar con autoridad, ni siquiera tienen facultades formales para actuar resolutiveamente en las materias del Programa de VIH/SIDA, tampoco les permite tener ascendencia jerárquica respecto de los actores del intersector que conforman el Consejo y la Mesa de Consejería.

Así lo refirieron ambas coordinadoras en la entrevista, mencionando que no disponían de facultades para asegurar la participación de las entidades que no muestran interés en asistir al Consejo o bien a la Mesa de Consejería.

Por otra parte, se pudo observar que la mayoría de los referentes intersectoriales que concurren al Consejo del VIH, no ocupan cargos de responsabilidad en sus organizaciones de origen, situación que limita las atribuciones y facultades para resolver. Similar situación se observó en la Mesa Regional de Consejería, cuyos referentes asisten en representación de sus respectivos Servicios de Salud y Corporaciones Municipales, pero sin delegación formal de funciones ni son investidos de facultades para decidir en representación de sus Jefes de Servicios.

Las reuniones mensuales de las instancias de coordinación regional y las actividades que éstas programan, son lideradas por las funcionarias de la SEREMI de Salud antes mencionadas y en esas sesiones no participa el SEREMI como tampoco la jefatura del Departamento de Salud Pública, en quien radica la responsabilidad técnica y administrativa de la implementación de la RRIP.

6.2.1.4. Monitoreo y evaluación de la RRIP.

De acuerdo a lo expresado por los entrevistados, la SEREMI no dispone de sistemas formales que permitan evaluar la RRIP de la región. Tampoco se encontró documentación que avale la existencia de sistemas de monitoreo o de indicadores para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del Programa de Prevención ni de los proyectos adjudicados a las organizaciones de la sociedad civil encargadas de su ejecución. En ese mismo sentido, se constató que no se realiza evaluación de impacto de las actividades de intervención desarrolladas con recursos del Plan Regional de Salud, a través del Programa Iniciativas Focalizadas de Prevención del VIH.

La supervisión de la ejecución de los proyectos aprobados en la línea de trabajo Iniciativas Focalizadas, es asumida fundamentalmente por la funcionaria de la SEREMI, encargada del Programa de Prevención y Coordinadora del Consejo Regional del VIH, efectuándola en la medida que la SEREMI le otorga la facilidad para controlar el trabajo que desarrollan los ejecutores, sin embargo admite que la supervisión es limitada porque no se inspeccionan las actividades de prevención que se realizan en horario vespertino, nocturno o en días festivos.

*“No es fácil obtener permiso o apoyo de vehículo por ejemplo, para realizar las supervisiones de iniciativas que se ejecutan de noche. Por lo tanto en algunos aspectos la supervisión se ve limitada y nosotros no lo hacemos si no hay facilidades para realizarlo, aunque nosotras lo consideramos necesario, pero la institución no lo visualiza así”.
(Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).*

Respecto de la supervisión de los cursos de formación y actualización, ésta es realizada por la Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería.

Se verificó que la única actividad de evaluación, tanto del Consejo como de la Mesa de Consejería, es la jornada anual de evaluación, orientada más bien a revisar el trabajo de coordinación de ambas instancias. Esta sesión se realiza al final de cada año, coincidiendo con la última reunión mensual, en el mes de diciembre, a la que son invitados todos los referentes de las organizaciones que participan en forma estable en dichas instancias.

“Al finalizar el año, se realiza una evaluación de las actividades, respecto de la convocatoria, si estamos apuntando o no a las poblaciones de riesgo, cómo salieron las actividades, etc. y se hace una propuesta para el año siguiente” (Representante del SENAME).

“En el Consejo no evalúan en términos técnicos, las actividades se plantean, se evalúan en términos de si resultó bien o mal, muy brevemente, pero no hay una pauta técnica para evaluar las intervenciones. Tampoco se efectúa cuenta pública” (representante de VIVO POSITIVO).

Considerando que se eligió la reunión final de evaluación para realizar la observación, se pudo comprobar que en el caso del Consejo Regional del VIH, asistieron los referentes de las mismas organizaciones que durante el año mostraron presencia permanente en las reuniones, correspondientes a SENAME, Gendarmería, Consejo Interuniversitario Programa Alerta, dos referentes de ASOSIDA (Acción Gay y Alianza Trans) y dos referentes de VIVO POSITIVO (Yo Vivo y Abracemos a un Amigo). También se observó, que a esta actividad de evaluación, no asistió ningún otro representante de la SEREMI de Salud, fuera de la Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA, quien lideró la actividad.

En relación a la jornada de la Mesa Regional de Consejería, se observó una mayor convocatoria, alrededor de quince personas, asistiendo representantes del Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio, de las Corporaciones Municipales de Valparaíso y de Viña del Mar, de las Universidades de Valparaíso y Católica de Valparaíso, de Hospital Gustavo Fricke, Gendarmería, de Acción Gay en representación de ASOSIDA; por parte de la SEREMI se contó con la participación de la Coordinadora de la Mesa de Consejería y dos funcionarios del departamento de Salud Pública quienes asistieron para conocer la experiencia de esta Mesa en trabajo de prevención, a fin de generar una instancia similar en la temática de consumo de tabaco.

Complementariamente, se indagó acerca de si la SEREMI, a través del Departamento de Salud Pública o bien del Consejo y la Mesa de Consejería, tenían programas de seguimiento de ejecución de proyectos, sin embargo se pudo constatar que en general no se realiza seguimiento ni evaluaciones técnicas formales de las iniciativas ejecutadas durante el año, ni se solicitan informes administrativos-financieros a las entidades ejecutoras, sobre el uso de los recursos traspasados, siendo escasas las supervisiones en terreno de la ejecución de proyectos.

Los entrevistados también confirmaron que no se desarrolla un trabajo de sistematización de las experiencias, ni de los aprendizajes logrados, independiente de los resultados de las intervenciones, razón por la cual no se encontraron registros de experiencias pasadas.

“De todos los proyectos que hemos efectuado con recursos aportados por la SEREMI de Salud, nunca vinieron a evaluar; la SEREMI Hace muy poca evaluación y seguimiento a la ejecución de los proyectos, que debieran hacer, para saber si las entidades ejecutoras desarrollan los proyectos que la SEREMI les adjudicó, porque el papel aguanta mucho” (Representante de CIPRODES)

6.2.1.5. Transparencia de los procesos administrativos

Respecto a la transparencia de los procesos administrativos para la ejecución de las intervenciones en prevención del VIH, aprobadas en el marco de la RRIP, la funcionaria de la SEREMI encargada del programa del VIH/SIDA, señaló que la aplicación práctica de este principio, sólo se manifiesta en la utilización por parte de la SEREMI de Salud, del portal mercado público para la adjudicación de los proyectos de prevención que serán ejecutados en el año.

“La transparencia no es ni más ni menos que utilizar el sistema de chilecompra o mercado público y eso está sometido a la ley de compras públicas. Ahora, si nosotros no hiciéramos licitaciones públicas, estaríamos atentando contra este principio y estaríamos en dificultad. Ahora, por el sólo hecho de entrar en el sistema de compras, no siempre se garantiza la transparencia, no es un sistema infalible, pero ciertamente es lo que hoy día existe para poder garantizar transparencia”.(Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

Al respecto, se pudo apreciar que si bien la SEREMI convoca a licitación pública en el portal mercado público, para la formulación y ejecución de proyectos de prevención en las comunas y poblaciones focalizadas, algunos referentes de la sociedad civil expresaron su cuestionamiento a la transparencia de los procesos licitatorios, por cuanto en la mayoría de los procesos, esa Secretaría establece plazos muy cortos para la publicidad de la convocatoria, que no les da tiempo para preparar debidamente el proyecto, ni la documentación solicitada en las Bases y por consiguiente en muchas ocasiones no han alcanzado a presentar iniciativas.

“los proyectos hay que presentarlos por chilecompra y es una cosa increíble, dan una semana de plazo para hacer el proyecto, mandan las bases el día lunes y el día viernes hay que subir el proyecto al portal. Y nosotros no estamos de acuerdo en eso” (Representante de VIVO POSITIVO).

“Lamentablemente nosotros hace dos años que no participamos en proyectos de prevención, porque te avisan a última hora las postulaciones, prácticamente con dos o tres días de anticipación y a nosotros no nos da tiempo para juntarnos, hacer el proyecto, subirlo a chilecompra e inscribirnos en chileproveedores. También por lo engorroso y burocrático del proceso y el desgaste que significa hacer un proyecto”. (Representante de CIPRODES)

Esos mismos referentes también hicieron presente sus dudas sobre los criterios utilizados por la SEREMI de Salud para seleccionar a las entidades ejecutoras de proyectos, ya que observan con inquietud que recurrentemente se adjudican iniciativas presentadas por la red ASOSIDA, a través de Acción Gay, viendo con preocupación que los recursos para prevención se estarían concentrando en una pocas organizaciones, en desmedro de otras redes sociales.

“Yo no comprendo por qué se tenga que financiar la marcha de Acción Gay con platas del Estado, marcha que es válida, sin embargo para la organización de las personas viviendo con VIH no haya plata para las acciones que tenemos que hacer. Entonces encuentro que está desbalanceado. No queremos llevarnos la impresión que la SEREMI está favoreciendo a cierto sector y se está desfavoreciendo a otro sector, porque sí tenemos capacidad técnica para hacer proyectos, pero la plata se concentra en Gendarmería, ASOSIDA y ASOSIDA con las otras agrupaciones que tiene esa Red. Si yo ocupara la ley de transparencia, dejaríamos la escoba” (Representante de VIVO POSITIVO).

Por otra parte hay coincidencia entre los entrevistados sobre la necesidad de disponer de información y que la SEREMI publique en un lugar de su página web, los proyectos ejecutados anualmente y los recursos asignados a esas iniciativas, ya que en la actualidad no se difunde esa información, sólo está disponible en el portal mercado público, las iniciativas adjudicadas mediante licitación. En efecto, se accedió en varias ocasiones al sitio web de la SEREMI de Salud, comprobándose que no hay información publicada de los proyectos realizados, sólo se encontró en el portal mercado público los datos de la licitación pública convocada para la presentación de iniciativas. La obligatoriedad de mayor publicidad de las actividades ejecutadas en materia de VIH/SIDA, se refuerza con el fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago, de fecha 17 de enero de 2011, que obliga al Ministerio de Salud a publicar información sobre el

Proyecto “Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile”, constituyendo un precedente en materia de transparencia para el sector salud²⁰.

La información que la SEREMI genera en relación con la RRIP del VIH/SIDA, como por ejemplo, ejecución de proyectos desarrollados en la región, presupuesto destinado a prevención, grupos poblacionales intervenidos, entre otra, tampoco se encuentra disponible en la página electrónica de la SEREMI, desaprovechando la oportunidad de utilizar la plataforma web para difundir información útil para la prevención y de visibilizar el VIH/SIDA de manera permanente, sin tener que incurrir el Estado en costos adicionales.

Cabe señalar que la buena práctica de publicar información sobre el VIH/SIDA en el sitio electrónico institucional constituye un bien público de interés regional y nacional, que es producido por la SEREMI de Salud, al concentrar información que sólo puede obtener en virtud de sus funciones de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y las ITS y del mandato legal de controlar y prevenir la transmisión del VIH en la región.

Por otra parte se evidencia que el uso del portal mercado público es insuficiente para transparentar información, ya que los proyectos de intervención constituyen sólo un eje de la RRIP y si bien es cierto que es posible encontrar registro de los proyectos adjudicados por licitación pública en ese portal, no es fácil para cualquier ciudadano encontrar la información completa en todos los casos, ya que las iniciativas no adjudicadas, ya sea por no haber interesados o no aceptación de la propuesta, posteriormente son adjudicadas mediante trato directo, siendo difícil la búsqueda de esa información en el portal.

“La información de los proyectos ejecutados, debería estar en algún lugar de la SEREMI y en el portal. Nosotros tampoco tenemos esa información. Entonces eso se maneja como a un nivel muy reservado también, aunque debería ser público. El Fondo para el fortalecimiento de la sociedad civil es público, ellos publican los que no quedaron y por qué, así como también publican los que quedaron y por qué. Después adjudican y hay que subir la rendición de cuentas al portal, entonces cualquiera puede ver en qué se gastó el dinero, es transparente; acá NO. ¿Cómo sé yo, en qué se gastaron los recursos asignados a una intervención?” (Representante de VIVO POSITIVO).

Finalmente se realizó una búsqueda en la página web de la SEREMI de Salud, sobre las Cuentas Públicas Anuales realizadas por esa entidad que hayan sido publicadas para conocimiento de la ciudadanía y no se encontró información publicada en relación con esa materia, ni en el sitio web ni en Gobierno Transparente, no obstante que la ley de transparencia promueve dicha práctica.

6.2.1.6. Contribución a la investigación en prevención del VIH/SIDA.

A través de esta variable se indagó si la respuesta al VIH de la región de Valparaíso también incluye el ámbito de la investigación en temas del VIH/SIDA y su prevención, si la SEREMI de Salud cumple un rol de liderazgo en cuanto a centralizar ese conocimiento que se pudiera estar generando en la región.

²⁰ El Mercurio de Santiago, de fecha 19.01.2011.

En el área de la investigación en VIH/SIDA, se constató que los entrevistados no poseen información respecto de proyectos de investigación realizados en la región. Desconocen si se efectúa investigación en esta temática en el sector público de salud, en otros sectores del Estado, en Centros de Salud del sector privado o en las Universidades existentes en la región.

De acuerdo a lo expresado por la funcionaria de la SEREMI, Encargada del Programa del VIH, esa Secretaría tampoco dispone de información respecto de investigaciones realizadas en la zona en esta temática y en caso que se esté desarrollando investigación o estudios de comportamientos u otros relacionados, esa Secretaría no tiene establecido una institucionalidad que le permita llevar un registro o una base de datos. En ese contexto, no se encontraron indicios que permitan inferir la voluntad de la SEREMI como autoridad sanitaria, en ejercer un rol de liderazgo para transformarse en centro de información regional sobre VIH/SIDA. Se agrega a lo anterior, que no hay una política dirigida a establecer convenios de colaboración entre la SEREMI de Salud y Universidades u otras instituciones de salud de la región, con la finalidad de generar investigación en VIH/SIDA.

“La verdad es que nosotros no tenemos la posibilidad de tener una mirada global de lo que se está haciendo en el tema del VIH desde la región, si no es porque la gente se comunica con nosotros y nos pide información, no tenemos información. No sabemos todas las investigaciones que se realizan, generalmente cuando sabemos es porque nos piden colaboración de información epidemiológica, no de recursos ni de aportes” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

Lo anterior contrasta con lo establecido por el legislador, ya que la ley N°19.779/01 señala en su artículo 4° lo siguiente:

“el Estado promoverá la investigación científica acerca del virus de la inmunodeficiencia humana, la que servirá de base para la ejecución de acciones públicas y privadas en la materia y sobre las vías de transmisión de la infección, características, evolución y efectos en el país”.

En el inciso segundo del mismo artículo agrega:

“Del mismo modo fomentará la creación de centros públicos o privados orientados a la prevención e investigación de la enfermedad”.

Cabe señalar que en el año 2001, se crea el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) producto del esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y de CONICYT. El Objetivo principal de este Fondo es financiar proyectos orientados a generar conocimiento para mejorar la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

Para complementar la indagación, se examinó la nómina de proyectos de investigación seleccionados por el FONIS, a fin de verificar si se han financiado proyectos de investigación en VIH/SIDA por esta vía concursal. De la revisión efectuada, no se encontraron proyectos seleccionados en el año 2010 que digan relación con investigación en VIH/SIDA en la región de Valparaíso.

En suma, se puede decir que la tarea de articular la red de trabajo regional para la prevención del VIH y de desarrollar la RRIP en la región, implica una gran responsabilidad para la SEREMI de Salud, cuya implementación demanda esfuerzos, capacidad organizacional y recursos, fundamentalmente financieros, institucionales y de autoridad. Si bien es cierto que entre el 2003

y el 2008 la región recibió aportes económicos internacionales del Fondo Global, para la atención médica con antirretrovirales, la prevención y el fortalecimiento de la sociedad civil, el principal logro obtenido durante ese período, fue haber alcanzado cobertura total de medicamentos para el Tratamiento Antirretroviral de las personas con VIH, que en ese entonces aún no estaban cubiertos con garantía estatal a través del GES. Con posterioridad al término del Fondo Global en Chile, la prevención del VIH se financia fundamentalmente con recursos provenientes del Plan Regional de Salud de la SEREMI, entidad que ha disminuido sistemáticamente los aportes a este programa, siendo muy escasas las intervenciones que se logran financiar con el Presupuesto del Plan Regional de Salud.

En consecuencia, se evidenció que la percepción general de los entrevistados, es que los recursos asignados a la RRIP son insuficientes para dar respuesta a los requerimientos de prevención de la región. Por lo mismo, no se han generado las capacidades organizacionales necesarias para hacer viable la RRIP, administrativa y operacionalmente, en cuanto a constituir una respuesta al VIH/SIDA, integrada y de alcance regional, siendo un proyecto ambicioso para las capacidades organizacionales instaladas en la SEREMI de Salud de la región, entidad encargada de su implementación.

A lo anterior se agrega que la ausencia de sistemas formales de control, seguimiento y evaluación de las iniciativas ejecutadas con recursos públicos, la escasa información disponible sobre los proyectos desarrollados y de sus resultados y el déficit en investigación clínica y social vinculada a la temática del VIH, todo ello dificulta conocer el grado de efectividad de las intervenciones en prevención realizadas, al mismo tiempo que no contribuye a incrementar las capacidades organizacionales existentes, para intensificar el trabajo en prevención del VIH.

6.3. DIMENSIÓN SUSTANTIVA

Para determinar en qué medida la RRIP del VIH de la región de Valparaíso, como estrategia de prevención genera valor público para la población de la región y para las entidades representadas en el Consejo Regional del VIH y la Mesa de Consejería, se investigó a través de dos sub-dimensiones de análisis, estas son, la percepción que tienen los representantes entrevistados respecto de la RRIP y la coordinación existente entre las entidades llamadas a participar en la RRIP, tanto del sector gubernamental como de la sociedad civil.

Referente a la primera sub-dimensión, el estudio indagó sobre la valoración que los entrevistados otorgan a la estrategia, si éstos consideran que la prevención del VIH es una prioridad política para las autoridades regionales y grado de complejidad en su implementación, mientras que la segunda sub-dimensión, se refirió al análisis de la coordinación entre entidades gubernamentales relacionadas a la prevención de esta enfermedad, la articulación de la oferta regional de servicios de prevención, como también la participación de la sociedad civil y el sector privado en la RRIP. A continuación se exponen los hallazgos en ambas sub-dimensiones.

6.3.1. SUB-DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA RRIP.

Para los efectos de este estudio, percepción de la RRIP se define como el grado de valoración que le asignan los referentes de las organizaciones que participan en el Consejo Regional del VIH y en la Mesa Regional de Consejería, a la RRIP como estrategia de prevención. Para este efecto se analiza la percepción de los entrevistados respecto de la prioridad política de la prevención del

VIH en la región, los logros percibidos, sus expectativas con respecto a la estrategia y grado de complejidad para su implementación.

6.3.1.1. Valoración de la RRIP

Percepción de la prioridad política de la prevención del VIH/SIDA en la región.

En términos generales se observó convergencia en las opiniones vertidas por los entrevistados, pues todos expresaron su percepción que la prevención del VIH, no constituye una prioridad política para las autoridades regionales, al mismo tiempo que no ven señales de voluntad política de la SEREMI de Salud y del Gobierno, para avanzar en una respuesta preventiva más profunda.

“Yo creo que la prevención en la región tiene una priorización nula, nula. No hay recursos para campañas.... el tema que en los Servicios Públicos hoy día no existan condones....que no haya claridad en la entrega de condones a jóvenes, que no haya educación sexual en los colegios, me parece que hay un nulo interés en trabajar la prevención” (Representante de ASOSIDA)

“Estos dos últimos años no hemos tenido orientaciones y eso va también aparejado a que no está puesto en la agenda y si no está puesto en la agenda tampoco están los recursos. Si yo me fuera de esta institución no sé si alguien podría levantar la mano y decir bueno qué se va a hacer con la prevención del VIH, no está instalado como preocupación, por lo menos así lo veo yo” (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

Asimismo, algunos referentes perciben la RRIP como una respuesta débil, concentrada principalmente en las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso, razón por la cual no sería una respuesta regional ni integrada. Desde esa perspectiva, manifestaron que la RRIP y el Consejo Regional del VIH, requieren ser reestructurados y rediseñados ya que éste último no se puede continuar sosteniendo con una baja convocatoria y con un disminuido presupuesto anual.

“Veo como agrupación, que el Consejo no da respuesta a las necesidades de prevención que tiene la región de Valparaíso, ellos dan respuesta a las necesidades de intervención local, de Valparaíso y Viña, porque en Viña hay comercio sexual, en Valparaíso hay una cárcel. Lo que yo percibo, es que el Estado, a través de este ente regional, no da respuesta ni tampoco es sensible a las necesidades que tiene la sociedad para modificar la forma como se articula esta Red”. (Representante de VIVO POSITIVO)

Por ello, observan con preocupación que el Consejo tiene un futuro incierto, proyectando que si se mantienen las políticas del gobierno actual y la baja participación intersectorial, el Consejo Regional del VIH tendería a desaparecer y la RRIP perdería sentido con la inserción del Programa de Prevención al Plan Regional de Salud Pública.

“El hecho que las acciones de prevención del VIH/SIDA, estén ahora dentro del Plan de Salud Pública tiene una cierta coherencia. Es probable que en ese contexto la RRIP como figura, no tenga mucho sentido”. (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

Percepción de los principales logros de la RRIP

Tanto la Coordinadora de la Mesa de Consejería como la Encargada del Programa de Prevención del VIH y a la vez coordinadora del Consejo Regional respectivo, identificaron como principal

logro, el hecho que se mantenga el funcionamiento de la Mesa de Consejería y del Consejo del VIH, pese a la baja presencia del intersector y de la sociedad civil en ambas instancias. También reconocen como logro de la RRIP, la oportunidad de constituir a través de estas estructuras de coordinación, centros de referencia regional en el tema de la prevención del VIH y la Consejería.

“Primero, la continuidad en el tiempo, la posibilidad permanente y preferente de constituir un centro de referencia regional, además de la ampliación hacia otras áreas de trabajo” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

“Yo diría que se ha mantenido esta estrategia de trabajo que hemos logrado, pese a las dificultades, a las discontinuidades en la participación de algunos actores, hemos seguido funcionando con la respuesta, con la participación de algunas instituciones y de las organizaciones con trabajo en el tema” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

Por su parte, la mayoría de los referentes coincidió en reconocer como logros de la RRIP, el hecho de disponer de dos espacios de coordinación regional intersectorial a través del Consejo del VIH y la Mesa Regional de Consejería y el haber integrado la participación de la sociedad civil organizada al trabajo de prevención del VIH, fundamentalmente en el Consejo, espacio al cual pueden ser convocados a conversar y aunar esfuerzos para abordar conjuntamente la prevención de esta enfermedad en la región, siendo muy valoradas por los entrevistados, ambas estructuras de coordinación regional.

“Yo creo que el mayor logro es la participación de las distintas organizaciones como ASOSIDA, VIVO POSITIVO y otras, es decir el gran logro ha sido acercar la sociedad civil al trabajo en prevención del VIH y eso es muy importante”.(Encargada del tema VIH Oficina Provincial Aconcagua)

“Lograr juntar a los Servicios Públicos para que hablen de prevención, porque quizás en muchos Servicios no lo hacen porque son otras sus prioridades, pero ir una vez por mes al Consejo y conversar con diferentes personas sobre prevención o idear estrategias de prevención, creo que eso es lo importante” (Representante de INJUV)

En otra perspectiva, los representantes de la sociedad civil entrevistados, mencionaron como logro, el hecho que en el último tiempo, el Consejo ha focalizado la prevención hacia los grupos poblacionales más expuestos al riesgo del VIH, a través de proyectos de intervención ejecutados en el marco del Programa de Iniciativas Focalizadas, modalidad de trabajo que permite optimizar los recursos destinados a prevención, llegando directamente a quienes más lo requieren, siendo considerado un avance.

“Creo que la diversificación de lugares de intervención y la focalización de las acciones preventivas es un logro. Antes, las intervenciones se orientaban a toda la población y hoy día están mucho más reconocidos los sectores más vulnerables” (Representante de ASOSIDA).

También se reiteró el alcance efectuado por parte de un referente de la sociedad civil, que desde su mirada, el logro del Consejo ha sido dar respuesta a las necesidades de prevención de la comuna de Valparaíso, no así en el resto de las comunas de la región.

“Los logros como Consejo han sido dar respuesta a las necesidades locales que tiene la comuna de Valparaíso”. (Representante de VIVO POSITIVO)

Expectativas de la RRIP

En relación a las expectativas de los entrevistados sobre la RRIP, se evidenció que éstas se encuentran divididas. Por una parte, las dos funcionarias de la SEREMI indicaron que sus expectativas son mantener el funcionamiento de la Mesa Regional de Consejería y del Consejo Regional del VIH, respectivamente como así también, obtener financiamiento sustentable para la RRIP, a través de aportes de presupuesto de las entidades gubernamentales participantes en la respuesta y no tan sólo del Plan de Salud Pública. Por otra parte, los representantes de la sociedad civil expresaron esperar mayor participación y que aumenten los recursos públicos para la RRIP. Mientras que un referente del sector público, manifestó tener bajas expectativas de la RRIP, evidenciando incertidumbre sobre el futuro de esta estrategia.

“Desde el punto de vista del trabajo intersectorial, nos interesa mantener el trabajo del Consejo, fundamentalmente para intensificar las acciones preventivas en cada organización vinculada al tema. Se espera que desde las distintas instituciones públicas que participan en el Consejo se puedan impulsar acciones con recursos propios y por tanto las funciones del Consejo serían articular y apoyar el desarrollo de las actividades a partir de un trabajo colaborativo” (Representante de la SEREMI de Salud, Jornada de Evaluación del Consejo Regional del VIH).

“La expectativa es de mayor participación de las organizaciones en el Consejo, en términos de hacernos cargo de las decisiones” (Representante de VIVO POSITIVO)

“Mis expectativas son bajas la verdad, porque como va, yo creo que van a bajar los recursos, yo creo que va a ir decayendo” (Representante de SENAME).

En suma, se pudo apreciar que la RRIP y sus entes de coordinación regional, son valorados por los referentes entrevistados, quienes consideran que constituye un esfuerzo importante para producir sinergias organizacionales en torno a la prevención del VIH, pero también perciben un bajo apoyo político institucional de las autoridades del intersector, para la ejecución de acciones en prevención de esta enfermedad en la región.

6.3.1.2. Percepción de la Complejidad de la implementación de la RRIP

Para el análisis de esta variable, se consideró la opinión de los entrevistados sobre los factores que ellos consideran que dificultan la implementación de la RRIP, los aspectos determinantes para el cumplimiento de los objetivos, los aprendizajes obtenidos con la estrategia y los desafíos que ésta les plantea.

Factores que dificultan la implementación de la RRIP

Las entrevistas y las dos jornadas de evaluación anual, constituyeron para los entrevistados, oportunidades para expresar sus reflexiones sobre la RRIP.

Se encontró que entre los factores que dificultan la implementación de una respuesta regional e integrada a la prevención del VIH en la región, se hizo mención a la falta de oportunidad con que se realizan los diagnósticos regionales de vulnerabilidad y epidemiológico, situación que imposibilita iniciar el programa anual de prevención a tiempo y con información más actualizada. Esta dificultad, cobra especial relevancia para las encargadas de la SEREMI de Salud de la prevención del VIH y la Consejería, a la hora de tener que diseñar actividades de intervención

más efectivas, puesto que para ello resulta imprescindible conocer la situación del VIH en la región, con datos actualizados, como asimismo saber qué grupos de la población son los más expuestos en la región de Valparaíso y los factores determinantes de la epidemia.

“este año no contamos a principio de año con el diagnóstico epidemiológico que nos permitiera tomar decisiones en ese sentido, por lo tanto tuvimos que trabajar con los datos del Ministerio” (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

Las referentes de la SEREMI, hicieron presente que también dificultan la implementación de la RRIP, la falta de orientaciones técnicas por parte del Ministerio de Salud, la indefinición política de las autoridades de gobierno en relación a la prevención del VIH y la falta de recursos humanos en las Oficinas Provinciales de la SEREMI para trabajar en prevención del VIH. En tanto que los representantes de la sociedad civil, señalaron además, los escasos presupuestos para el programa, falta de apoyo político a la prevención, lo que se reflejaría en la poca voluntad de las autoridades para comprometerse con el tema públicamente y porque no ven que la prevención del VIH sea parte de la agenda pública de las autoridades regionales.

“Yo diría que buena parte de las dificultades, tienen que ver con la falta de claridad, de orientaciones, que hace que se dificulten los procesos de toma de decisiones; esta es una institución jerárquica, entonces la falta de definiciones, de claridades, la burocracia interna, son elementos que atentan ciertamente contra una respuesta oportuna, efectiva” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

“La dificultad principal es la falta de voluntad política y la falta de recursos para la prevención del VIH/SIDA. Siento que la voluntad política es un tema fundamental desde los organismos públicos para trabajar el tema, porque el apoyo que tenemos es de buenas voluntades solamente y no deriva de una política de trabajo” (Representante de ASOSIDA).

Otros factores que dificultan un trabajo más efectivo de la RRIP, señalados por la mayoría de los referentes, dicen relación con la falta de participación de las organizaciones públicas convocadas al Consejo del VIH, fundamentalmente de los sectores como Educación, SERNAM, CONACE. También mencionaron la alta rotación de los profesionales que actúan como referentes de los Servicios Públicos, la inexistencia de políticas claras respecto al tema VIH, en las instituciones de gobierno, falta de validación de las funciones que desarrollan los referentes en el Consejo del VIH y en la Mesa de Consejería y la escasa visibilización de la prevención del VIH entre los jefes de Servicios respectivos.

“Desde la participación intersectorial ha habido algunas ausencias, como Educación, SERNAM, CONACE, que hoy día probablemente están más volcadas hacia sí mismas, a sus temas y han perdido de vista esta temática, además de la rotación de profesionales y la ausencia de una política clara desde el intersector, hacia estos temas” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

“Hubo una reducción en la participación y eso es importante decirlo porque dificulta generar respuestas más integrales, más diversas, porque tres o cuatro referentes no representan a la región tampoco” (SENAME, Jornada de Evaluación del Consejo Regional del VIH).

En otro aspecto, los representantes de la sociedad civil, agregaron que otro factor considerado obstaculizador por las organizaciones comunitarias, dice relación con la exigencia del uso del portal electrónico mercado público, para la presentación de proyectos de prevención, transformándose en una barrera de entrada para estas organizaciones sociales, debido a que

reconocen que no tienen fácil acceso a la tecnología de información y que tampoco tienen conocimientos de computación, siendo difícil para algunas organizaciones postular proyectos vía electrónica.

“el tema de chilecompra para nosotros es una barrera de entrada, se lo hicimos ver a la Encargada del Programa en la SEREMI” (Representante de VIVO POSITIVO).

Finalmente hubo coincidencia entre los referentes de entidades gubernamentales y de la sociedad civil entrevistados, en señalar que los plazos para presentar proyectos a través del portal mercado público son muy reducidos, motivo por el cual algunas organizaciones no alcanzan a elaborar proyectos y menos postular, representando una dificultad para la RRIP.

“Respecto de la formulación de proyectos, yo siempre he sido crítica por los plazos, ya que siempre la SEREMI da una semana, para presentar proyectos; segundo, el proceso es bastante engorroso para acceder, algunos dirigentes ni siquiera tenían computador, entonces al final siempre son las mismas personas las que se adjudican los proyectos. Es una queja constante de las personas el poco plazo para presentar proyectos” (Encargada del tema VIH, Oficina Provincial Aconcagua)

“el espacio de tiempo en que había que desarrollar los proyectos para postular, eran muy breves y muy a final de año, entonces eso también fue una dificultad” (Jornada de evaluación del Consejo Regional del VIH).

Determinantes para los logros de la RRIP.

En términos generales los entrevistados identificaron como principales factores determinantes de los logros de la RRIP, una mayor participación intersectorial y de las organizaciones de la sociedad civil, en el Consejo Regional del VIH, reconociendo que es fundamental la participación del sector Educación para crear una cultura preventiva en la sociedad. También mencionaron como determinantes las competencias personales de quienes tienen la responsabilidad de liderar la prevención del VIH, el compromiso de los referentes con la prevención de esta enfermedad, la implementación de sistemas más democráticos de decisión al interior del Consejo, mayor transparencia en la información que maneja la SEREMI, incrementar el presupuesto asignado a la prevención del VIH, entre los aspectos más importantes.

“La respuesta integrada depende no sólo del Sector Salud, depende de distintas organizaciones, que en la medida que falle algún sector, esa respuesta se debilita o queda coja” (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

“creo que las competencias personales de quienes son responsables del tema, porque cuando ves a una persona que está muy comprometida con su tema, también te vas comprometiendo” (Representante del Programa Alerta).

“seguir trabajando desde la intersectorialidad es un tema interesante, creo que la diversidad de miradas permite por lo menos generar una respuesta mucho más integrada y a la vez más focalizada, creo que integrar a otros actores es un tema muy necesario”.(Representante de ASOSIDA)

Complementariamente un referente de la sociedad civil destacó que en su opinión, el Consejo Regional del VIH, necesita transformarse también en un espacio de reflexión sobre el VIH/SIDA y su prevención y no tan sólo ser coordinador de acciones de prevención en la región.

“siento que el Consejo no tiene reflexión, tiene acción y eso podría ser determinante para generar otra dinámica en el Consejo, más reflexión antes que activismo” (Representante de VIVO POSITIVO).

Aprendizajes

Para las referentes de la SEREMI de Salud, el principal aprendizaje ha sido reconocer que no es posible frenar la epidemia sólo con el trabajo del sector salud, siendo esencial la participación intersectorial y de la sociedad civil como asimismo la existencia de políticas de Estado que expresen el compromiso de las autoridades políticas con la prevención del VIH, que trascienda los gobiernos y a las autoridades de turno.

“Yo diría, que nosotros como sector solos no podemos enfrentar con éxito el desafío de frenar una epidemia de estas características, por lo tanto necesitamos a los otros sectores para poder dar una respuesta en estos temas. Pero también es un requerimiento básico, que exista un compromiso político del gobierno, del Estado, que esas políticas sean intersectoriales, es decir que no sea algo voluntario, algo que se da porque existe una relación de colaboración que se ha ido construyendo en el tiempo, sino más bien que exista la disponibilidad de recursos humanos y de recursos financieros para que la intención de que este trabajo se haga de manera colaborativa, sea efectiva”. (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI)

Desafíos de la RRIP

La unanimidad de los entrevistados identificó como desafíos para mejorar la implementación de la RRIP, la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial, potenciar la participación social y de los organismos públicos, ampliar el número de organizaciones sociales y del sector público, en el Consejo de VIH y desarrollar un trabajo en red, entre estas organizaciones.

Algunos referentes del intersector, también mencionaron como desafíos de la RRIP y del Consejo, llegar a la mayor cantidad de personas con las acciones de prevención, trabajar la prevención del VIH con los estudiantes, especialmente efectuar trabajos de prevención **en los colegios y con los** colegios, además de lograr el compromiso de los Directores de establecimientos educacionales.

“Yo creo que el principal desafío es tratar de llegar a la mayor cantidad de población, con un enfoque preventivo, eso es lo primero” (Representante del Programa Alerta)

“Desde mi punto de vista el desafío más grande es llegar a la población secundaria, de primero a cuarto medio, ojalá desde séptimo. Me parece insólito que a los representantes de Educación no les interese lo que pasa con los niños, en circunstancias que ha crecido el embarazo adolescente, que hay muchos muchachos que adquieren enfermedades de transmisión sexual, independiente del VIH y no saben qué hacer, entonces ese sería el gran desafío, entrar a los colegios para educar en prevención” (Representante de INJUV)

Por su parte, para las coordinadoras regionales del tema VIH/SIDA en la SEREMI, los desafíos son mantener el funcionamiento del Consejo Regional de VIH y de la Mesa Regional de Consejería, ampliar el número de consejeros en la región, ampliar la cobertura del trabajo en prevención hacia la salud privada, articular la asociación público-privado de los servicios de prevención en la región, realizar el trabajo de prevención en red, además de los mencionados por los otros referentes del intersector. Estos desafíos son compartidos por las organizaciones ASOSIDA y VIVO POSITIVO, cuyos representantes plantearon además, la necesidad de

cambiar la consejería que se realiza actualmente y lograr que la prevención del VIH sea para el Estado un eje estratégico de su gestión.

“Yo creo que el desafío es mantener este Consejo con todo, por lo menos para nosotros como sociedad civil, es mantener los espacios políticos representativos como este, que nos permitan aunar criterios en torno a este tema” (Representante de ASOSIDA).

“La prevención tiene que ser también una línea estratégica del Estado porque tiene que ver con el acceso a la información, con el acceso a condones, eso lo tiene que dar el Estado, no puede ser personal. Lo personal tiene que ver con el tema si yo decido usar o no condón” (Representante de VIVO POSITIVO).

“Realizar un trabajo más en red, que hayan actividades en red, más que venir organizaciones porque seguimos desvinculados igual” (Representante del Programa Alerta)

6.3.2. SUB-DIMENSIÓN COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y CON LA SOCIEDAD CIVIL

Para los efectos de este análisis, se entenderá por coordinación intersectorial, toda forma de establecer un trabajo mancomunado entre distintas entidades gubernamentales con la finalidad de lograr objetivos transversales a varios sectores de la Administración del Estado, en el ámbito de la prevención del VIH.

El análisis de esta sub-dimensión se realizó considerando las variables capacidad de la SEREMI de Salud y de las dos instancias de coordinación regional, de articular la oferta de servicios de prevención en la región y la participación en la RRIP, de la sociedad civil y de los organismos gubernamentales (intersector) vinculados a la prevención del VIH y las ITS.

Considerando que la RRIP se expresa concretamente a través del quehacer del Consejo Regional del VIH y la Mesa Regional de Consejería, se pudo observar que el trabajo intersectorial para la prevención del VIH en la región, existe fundamentalmente en el Consejo y prácticamente no se evidencia en el trabajo de la Mesa de Consejería, el cual se focaliza hacia el sector salud principalmente y por tanto los convocados a la Mesa de Consejería son los Servicios de Salud y Corporaciones de Salud Municipal de la región.

En atención a que el Consejo del VIH y la Mesa de Consejería realizan actividades distintas pero complementarias en prevención del VIH, ambas se estructuran de manera diferente, situación que se refleja en la convocatoria. En el caso del Consejo, su trabajo está orientado a la ejecución de proyectos focalizados de prevención y de actividades comunitarias y comunicacionales, siendo indispensable para ello, la participación de organizaciones públicas vinculadas a esta temática, de los distintos sectores de la administración estatal y de la sociedad civil. En cambio el trabajo de la Mesa de Consejería, se orienta fundamentalmente a la articulación de una red de consejería y a la formación de consejeros en VIH/SIDA en la región, por lo tanto sus vínculos principales son con los prestadores de servicios de salud de las redes asistenciales de la región, de la atención primaria y secundaria de la red pública de salud, la atención primaria municipal y por consiguiente, en la práctica no desarrolla un trabajo intersectorial, situación que es reconocida por la coordinadora de la Mesa de Consejería.

“La Consejería, a diferencia del Consejo Regional del VIH, no tiene mucho trabajo intersectorial. Nosotros trabajamos fundamentalmente con el sector Salud, con los Servicios de Salud” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería)

De acuerdo a lo anterior, el trabajo intersectorial se vivencia en el Consejo Regional del VIH, cuyos integrantes identificaron como principales obstáculos para una efectiva coordinación intersectorial, la baja participación de las entidades de gobierno, los constantes cambios de referentes y el bajo compromiso de los Jefes de Servicios, con la prevención del VIH.

“Para el Sector Público no es una prioridad designar a una persona que asista permanentemente como representante de la institución en el Consejo, cuesta mucho que vaya una sola persona, porque las cambian en el tiempo, es por una indefinición sectorial; para Educación no es prioridad el tema del VIH, para SERNAM tampoco, para INJUV sí, pero va una persona cuando puede y tiene tiempo. Entonces lo intersectorial está presente, es real pero a la hora de articular acciones en conjunto no” (Representante de VIVO POSITIVO)

“no deja de ser preocupante que este Consejo esté siendo formado mayoritariamente por organizaciones que no son las del gobierno, eso es una señal. ¿Por qué para el gobierno no es tema participar en el Consejo Regional de VIH y para nosotros sí? (Representante del Programa Alerta, Jornada de Evaluación del Consejo de VIH)

La debilidad del tema intersectorial también se refleja en las opiniones vertidas por algunos referentes, en la jornada anual de evaluación del Consejo del VIH, oportunidad en la que los representantes de organismos de gobierno, también reflexionaron sobre el trabajo intersectorial desarrollado en el año e hicieron presente la necesidad de ponerse de acuerdo respecto de cómo entender lo intersectorial, para tener todos el mismo concepto.

“Eso pasa por comprender cómo estamos entendiendo lo intersectorial, si lo entendemos como juntar actividades donde estamos todos juntos pero en el fondo cada uno en lo suyo o como experiencia de red donde nos contribuimos y donde nos aportamos mutuamente a un objetivo también intersectorial y a lo mejor eso podría pasar por una planificación o un plan de trabajo que incluya lo intersectorial como gran temática donde nos involucramos en este proyecto común”. (Representante de Gendarmería, Jornada de Evaluación del Consejo Regional del VIH).

Por su parte un referente fue enfático en manifestar, que el trabajo intersectorial es pobre en la región y particularmente en las comunas del Valle de Aconcagua.

“El trabajo intersectorial en Aconcagua es pobre, ha habido intenciones de varios sectores pero al final por distintas razones hemos quedado en nada”. (Encargada del tema VIH, Oficina Provincial Aconcagua).

En tanto que representantes de la sociedad civil expresaron la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial para que la RRIP del VIH no esté vinculada solamente a la ejecución de proyectos, sino que involucre una respuesta integral de la región.

“Yo creo que la Respuesta Regional Integrada, que estaba centrada según lo pude ver, en los proyectos intersectoriales, si sigue en esa perspectiva, podría llegar un momento en que podría desaparecer, porque van disminuyendo los recursos año a año, entonces hay que buscar la forma en que la RRIP pase a ser una respuesta intersectorial, más que proyectos sociales anuales, porque eso nos permitiría a nosotros subsistir con o sin recursos. Ahora, para nosotros es complicado subsistir sin recursos económicos para trabajar temas

preventivos. A nosotros nos gustaría que la respuesta estuviera integrada realmente a todo y permeara todo tipo de organizaciones sociales y gubernamentales, pero con recursos reales”. (Representante de ASOSIDA)

Por otra parte, cuando se le pidió a los entrevistados, identificar los factores que fortalecen el trabajo intersectorial, éstos coincidieron en señalar como principales determinantes, el disponer de recurso humano y financiero, necesarios para implementar la respuesta al VIH/SIDA, como asimismo, un mayor compromiso político de las autoridades regionales y nacionales, para asumir la prevención del VIH.

6.3.2.1. Articulación de servicios de prevención.

Se pudo constatar que la SEREMI no cuenta con un catastro actualizado de las organizaciones que ofrecen servicios de prevención del VIH en la región, lo cual fue corroborado por la Encargada del Programa de Prevención del VIH/SIDA de esa entidad, surgiendo como una iniciativa de trabajo para el año siguiente, a sugerencia de uno de los presentes en la jornada de evaluación del Consejo.

“Podríamos hacer un catastro de las ONG que trabajan en el tema VIH y podríamos proponerlo como tarea del Consejo para el próximo año” (Representante del Programa Alerta, Jornada de Evaluación del Consejo Regional del VIH)

Según se pudo detectar, a través de las entrevistas realizadas a las dos funcionarias de la SEREMI, en esa Secretaría sólo se tiene información de los servicios preventivos en VIH instalados en la Red de salud pública de la región y de los servicios que ofrecen algunas de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que asisten al Consejo, éstas últimas referidas a servicios de consejería que presta Acción Gay, que representa a la Red ASOSIDA en la región y en el Consejo. También existe oferta de pruebas diagnósticas en las cuatro Universidades tradicionales con sedes en Viña del Mar y Valparaíso, representadas en el Programa Alerta, quienes ofrecen el Test de Elisa a sus respectivos estudiantes, para que éstos tengan acceso a conocer su estado serológico.

“Fundamentalmente son servicios que se dan por intermedio de las organizaciones sociales o bien a través de algunas instituciones, por ejemplo toma de muestra en la Universidad de Playa Ancha, en la Universidad Federico Santa María, cada quince días”. (Encargada del Programa de Prevención del VIH, de la SEREMI).

Respecto de la existencia de servicios de prevención del VIH, en el sector privado, los entrevistados coincidieron en señalar que no tienen conocimiento de entidades que ofrezcan estos servicios en la región y que no se ha realizado un trabajo sistemático por parte de la SEREMI de Salud, ni del Consejo del VIH ni de la Mesa de Consejería, en articular servicios preventivos públicos y privados, en este ámbito, de modo de potenciar los esfuerzos preventivos a través de la asociación de ambos sectores.

“Se está empezando a invitar al sector privado a la Mesa Regional de Consejería, pero no te podría decir que hoy día estén integrados. Depende de las sensibilidades que tengan los directores, los gerentes, las personas que están a cargo y de las demandas judiciales que les lleguen de parte de los usuarios” (Coordinadora de la Mesa Regional de Consejería).

“En el caso del Consejo, no hemos tenido asociación con el sector que no es parte del aparato estatal, no hemos tenido ese acercamiento. Desde Consejería, entiendo que hay una

intención de trabajar más con la institucionalidad privada, de manera de poder capacitar en términos de consejería, pero al menos desde el Consejo que es el tema que yo llevo, ese esfuerzo no se ha hecho”.(Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI)

6.3.2.2. Participación de la sociedad civil en la RRIP.

De acuerdo a la información obtenida a través de las entrevistas y las observaciones directas, se pudo constatar que la sociedad civil participa fundamentalmente en el Consejo Regional del VIH, ya que en la Mesa de Consejería sólo participa el Presidente de Acción Gay, en representación de ASOSIDA, siendo el mismo referente que participa en el Consejo.

Si bien es cierto, la RRIP en su diseño contempla la participación amplia de la sociedad civil en el Consejo del VIH, en la práctica, la convocatoria y la participación está limitada a la presencia de un representante de la Red ASOSIDA y un referente de la Red VIVO POSITIVO. Según informó la funcionaria de la SEREMI de Salud, encargada de este Programa, por acuerdo del Consejo, sólo se convoca a dos organizaciones, una en representación de ASOSIDA y otra en representación de VIVO POSITIVO. De este modo asisten regularmente las organizaciones Acción Gay por ASOSIDA y Yo Vivo por VIVO POSITIVO.

“En el Consejo participan representantes, más que organizaciones, un coordinador regional, porque ellos tienen su propia estructura, entonces inicialmente participaban todas las organizaciones, luego por acuerdo, se estableció cambiar por un representante de ASOSIDA y lo mismo para el caso de VIVOPOSITIVO” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI).

Respecto a la participación, se observó cierto desaliento por parte de uno de los referentes, al manifestar que sus opiniones no son tomadas en cuenta en las decisiones del Consejo.

“A mí me reclamaron en la agrupación YO VIVO, que nuestra participación en el Consejo Regional del VIH es pasiva, entonces me preguntan para qué vamos al Consejo si a la agrupación no se nos toma en cuenta para nada” (Representante de VIVO POSITIVO).

Una vía de participación indirecta para las organizaciones de la sociedad civil que no concurren al Consejo, es la convocatoria abierta a licitación que publica la SEREMI de Salud, para presentar proyectos de prevención. De esta forma las organizaciones civiles que son seleccionadas con alguna iniciativa, se convierten en ejecutoras del proyecto de prevención y reciben financiamiento para esos fines, del Plan Regional de Salud Pública.

En cuanto a la forma de mejorar la participación de la sociedad civil en el Consejo del VIH, uno de los referentes fue enfático en señalar que sería necesario modificar el diseño y funcionamiento del Consejo Regional, proponiendo para ello la creación de Mesas Provinciales para la Prevención del VIH.

“Creo que el modelo de Consejo Regional es el que hay que modificar, hay que desplazar el eje de intervención de Valparaíso. El Consejo Regional puede apoyar las mesas provinciales, un mes apoyando Petorca, otro mes apoyando Aconcagua y así sucesivamente, porque con el diseño actual no da respuesta a las necesidades que tiene la región. Tampoco participa en el Consejo el sector privado, entonces este Consejo está muy desperfilado. (Representante de VIVO POSITIVO).

6.3.2.3. Participación de organizaciones gubernamentales en la RRIP

En general los entrevistados concordaron en señalar que la participación de las organizaciones públicas en el Consejo Regional de VIH, ha decaído a través del tiempo, siendo en la actualidad muy baja. Según relataron algunos de los referentes más antiguos, en un comienzo asistía un representante de CONACE y de SERNAM, también en alguna oportunidad, asistió un representante de la SEREMI de Educación, sin embargo, posteriormente esas organizaciones dejaron de enviar representante al Consejo y desde el año 2010 la participación se redujo a sólo dos entidades gubernamentales con presencia estable, SENAME y Gendarmería de Chile mientras que INJUV ha tenido una participación intermitente.

“en su momento estuvo participando Educación, pero también dejó de asistir. Cuando yo ingresé al Consejo Regional del VIH, estaba Educación y CONACE pero dejaron de asistir. Al 2009 éramos menos” (Representante de SENAME).

Respecto de las razones por las cuales ha decaído la participación intersectorial, se señala en general, un bajo apoyo institucional, para que el representante de las entidades convocadas, pueda concurrir a las reuniones y participar en las actividades que el Consejo organiza. Algunos de los entrevistados también lo atribuyen a una falta de sensibilidad y de interés de esas organizaciones gubernamentales, por trabajar en metas comunes en materia de prevención del VIH, falta de voluntad política y escaso compromiso de los líderes de las entidades con el tema del VIH. Así lo hizo presente un referente del sector público integrante del Consejo, frente a la pregunta a qué se debe la baja participación y en particular de sectores estratégicos para la prevención del VIH como lo son Educación, SERNAM, CONACE:

“Falta de sensibilidad, falta de cultura, falta de interés de los mismos servicios por generar metas comunes en torno a la prevención del VIH; los Ministerios de Justicia, Salud y Educación, debieran tener metas comunes frente al VIH ” (Representante de SENAME).

Respecto a la existencia de convenios de colaboración intersectorial en prevención del VIH, se señaló que en un comienzo, con la creación de CONASIDA, se suscribieron convenios interministeriales para realizar un trabajo conjunto en materia de prevención del VIH, los cuales con el tiempo perdieron vigencia. En relación con estos convenios, los entrevistados manifestaron opiniones divididas, ya que algunos atribuyeron a estos convenios, la permanencia actual de las entidades gubernamentales en el Consejo, sin embargo para la mayoría representaron sólo firmas de buena intención, sin la real voluntad política de trabajar intersectorialmente, la prevención del VIH.

“Al interior de los Ministerios, se estuvo trabajando bastante tiempo mediante convenios de colaboración con ciertas instituciones y creo que el núcleo del Consejo que hoy día permanece, se debe en parte a eso, porque con ellos se lograron establecer convenios de trabajo a nivel central” (Encargada del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI)

“Hay organismos de gobierno que suscribieron convenios para trabajar estos temas de prevención, pero que en definitiva se ven como firmas de buena voluntad, sin una voluntad política para trabajar el tema del VIH” (Representante de ASOSIDA)

En síntesis, del análisis de la dimensión sustantiva, se puede evidenciar que la RRIP, a través de sus instancias de coordinación regional es altamente valorada por los referentes entrevistados, para quienes el Consejo del VIH y la Mesa Regional de Consejería constituyen los únicos

espacios institucionalmente creados para la participación ciudadana en la prevención del VIH, que sirve de encuentro entre la sociedad civil organizada, con trabajo en VIH/SIDA y el sector gubernamental, propiciando el diálogo ciudadano en esta temática.

Ciertamente que para todos los entrevistados, la RRIP genera valor público, produciendo sinergias para la prevención del VIH, mediante la coordinación y articulación de los esfuerzos del sector gubernamental y de la sociedad civil para la implementación de acciones de intervención, con el propósito de generar un bien público que es la prevención.

Sin embargo también se pudo apreciar en las entrevistas, que todos los referentes tanto del Intersector como de la sociedad civil, perciben que la prevención del VIH, no está instalada en la agenda pública del Intersector como una prioridad. Al respecto coincidieron en expresar que en su opinión, la prioridad del sector salud estaría puesta en la atención integral y en la oferta de tratamiento para las personas viviendo con VIH, antes que en la prevención primaria y secundaria, lo que se manifiesta en la disminución de los recursos en el transcurso del tiempo, asignados a producir prevención y también en la escasa y/o nula participación de actores relevantes en la RRIP, como por ejemplo SERNAM y de la Secretaría Regional de Educación, (SECREDOC), entre otros.

No obstante la percepción de los entrevistados respecto a que la prevención del VIH no es visibilizada como una prioridad por los entes gubernamentales, la RRIP genera valor público en sí misma, si es implementada en la forma concebida en el modelo. Esta generación de valor se obtiene a través de dos vías, mediante el servicio mismo que produce, esto es, acciones focalizadas de prevención y también desde la participación social, ya que al coordinar los esfuerzos de los actores involucrados, en las instancias regionales, éstas permiten reunir en un mismo espacio a distintas entidades con interés en este tema, lo que contribuye a incentivar el diálogo entre el sector público y la sociedad civil, la promoción de valores trascendentales como la no discriminación de las personas VIH positivas, todo lo cual ayuda a profundizar la democracia y la paz social.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que parte importante de las conclusiones se han adelantado en el capítulo anterior, se ha determinado resaltar algunos aspectos de los hallazgos y del análisis de la información.

En relación a la situación del VIH y SIDA en la región de Valparaíso, se puede decir que existe un sistema de vigilancia epidemiológica conformado por la red de establecimientos de salud públicos y privados, laboratorios, ISP, SEREMI de Salud y MINSAL, que permite tener un conocimiento de la magnitud y características de la epidemia en la región y en el país, a través de la vigilancia epidemiológica que realizan las Unidades de Epidemiología del MINSAL y de las SEREMIS de Salud de cada región. Sin embargo este conocimiento nos proporciona una aproximación a la realidad de la epidemia, ya que la vigilancia epidemiológica se efectúa sobre el registro de casos de VIH y SIDA notificados, existiendo un número adicional de personas viviendo con la enfermedad, sin ellas saberlo, por cuanto no se han realizado pruebas de detección y por consiguiente no están incluidas en las estadísticas regionales y ministeriales. Esto conlleva a pensar que no se tiene un conocimiento real de la magnitud de la epidemia.

Complementariamente, se puede señalar que el sistema de información para la vigilancia del VIH/SIDA es complejo, ya que a pesar de la existencia de un sistema de notificación en línea que permite a la SEREMI de Salud informar al MINSAL los casos VIH positivos confirmados en la región, las estadísticas oficiales publicadas por ese Ministerio en la web, hacen referencia a datos regionales hasta el año 2010, siendo muy pocos los indicadores regionales divulgados. También se evidencia que existe un desfase entre el momento que se genera la información a través de los Servicios de Salud, se registra en la SEREMI de Salud, se procesa, analiza y se publican las estadísticas oficiales por parte del MINSAL, afectando la oportunidad de la toma de decisiones y la capacidad de diseñar políticas públicas de prevención más apropiadas a la realidad regional y por tanto más eficaces.

Se agrega a lo anterior, el hecho que la información epidemiológica que es utilizada para la focalización de intervenciones, se genera en distintas unidades de la SEREMI de Salud, ya que el Diagnóstico Epidemiológico es realizado por Vigilancia Epidemiológica, Unidad responsable de capturar los datos, mientras que el Diagnóstico de Vulnerabilidad es elaborado por el Departamento de Salud Pública, situación que habitualmente impide disponer de ambos diagnósticos con la misma periodicidad.

En otro orden de ideas, el VIH/SIDA representa un problema de salud pública difícil de tratar a través de la legislación. Esto porque su transmisión se produce por comportamientos de riesgo, incentivados por factores culturales, institucionales y estructurales, difíciles de cambiar por el sólo imperio de una ley. A ello se suma, la dificultad para obtener el compromiso formal de las autoridades de gobierno para invertir anualmente en la prevención de esta enfermedad, en razón a que no hay estudios que avalen el impacto de las intervenciones de prevención en VIH/SIDA ejecutados en la región, que muestren resultados de costo efectividad. Tampoco resulta fácil demostrar los efectos de las actividades de prevención, ya que estas acciones están dirigidas precisamente a evitar que se produzcan casos nuevos, resultando complejo probar cuántos casos se evitaron a través de las iniciativas implementadas, tanto así, que no se encontraron estudios nacionales al respecto.

En este contexto, adquieren especial relevancia las estrategias orientadas a articular los esfuerzos públicos y privados para la prevención y el control de la enfermedad, como lo es la Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH.

No obstante el amplio potencial de la RRIP para generar valor público, sus beneficios no se manifiestan en plenitud en el caso de la región de Valparaíso, ya que al examinar la RRIP de la región a la luz de las dimensiones política, administrativa y sustantiva mencionadas en este estudio, se evidencia que estas tres perspectivas no se encuentran alineadas ni lo suficientemente integradas en la estrategia. Esto se refleja en que la respuesta a la epidemia del VIH en la región, no tiene alcance regional ni la profundidad necesaria para configurar una respuesta integrada, como tampoco congrega la participación activa de todos los representantes de los stakeholders, según las características esenciales planteadas en el modelo diseñado por el MINSAL. Lo anterior redundante en que se reduce la cobertura y el impacto de las externalidades positivas que produce la prevención del VIH, tales como disminución de otras infecciones de transmisión sexual y de embarazos adolescentes. La falta de participación y de liderazgo que lo promueva, dificulta la articulación regional de los actores involucrados, se produce poco diálogo ciudadano en torno al tema y con ello menos oportunidades para socializar y visibilizar la prevención del VIH, disminuyendo el impacto de los beneficios de la estrategia, en la prevención y la salud pública.

En otro aspecto, se evidencia a través de la RRIP en estudio, que existe poca articulación entre la Respuesta Regional y la Respuesta Nacional al VIH, aspecto que se manifiesta en la indefinición de lineamientos desde el MINSAL hacia la SEREMI de Salud sobre las políticas ministeriales en materia de prevención del VIH, en la ausencia de compromisos de gestión para la prevención de esta enfermedad y en la inexistencia de sistemas formales de monitoreo y control de acciones preventivas ejecutadas en la región a través del Plan Regional de Salud Pública.

También se pudo constatar a través de las opiniones vertidas por los entrevistados, que en los últimos años no se ha dado la suficiente y necesaria prioridad a la prevención del VIH en la región y tampoco ha estado instalada en forma permanente, en la agenda pública de las entidades gubernamentales regionales vinculadas al tema, aún cuando la prevención del VIH es una acción de por vida, en razón de lo cual ONUSIDA recomienda mantener los esfuerzos en el tiempo. Algunas manifestaciones que dan sustento a la constatación señalada, dicen relación con el débil trabajo intersectorial que se desarrolla en la región para la prevención, reducida participación de organismos gubernamentales en las instancias de coordinación regional, ausencia en la RRIP de sectores estratégicos para la prevención, como lo es educación y SERNAM, disminución sostenida de los recursos asignados a la prevención del VIH en la región, escasa participación social en el Consejo Regional del VIH, instancia en la que no están representadas poblaciones claves tales como organizaciones de mujeres, organizaciones basadas en la fe, de derechos humanos u otras.

En materia de evaluación, se carece de un diagnóstico que permita identificar los principales obstáculos y deficiencias en la implementación de la RRIP y del Programa de Prevención del VIH/SIDA en la región. Considerando que no se realizan evaluaciones de resultados ni de impacto de las iniciativas de intervención ejecutadas, principalmente por la escasa capacidad institucional de la SEREMI de Salud para efectuarlas, es que no se puede saber si los recursos destinados a financiar esas intervenciones están rindiendo los beneficios esperados y si las actividades seleccionadas son las más apropiadas para las poblaciones focalizadas, desde el punto de vista técnico y según la experiencia internacional. Tampoco se evidencian prácticas de gestión que den cuenta de análisis realizados sobre deficiencias programáticas, organizacionales

y financieras, que proporcionen los elementos necesarios para fundamentar los requerimientos de más recursos para la prevención del VIH en la región, ni de las limitaciones que tiene el equipo de salud regional para la implementación de una respuesta más eficaz.

Por su parte, el cumplimiento de los objetivos de la RRIP, depende también de la capacidad de liderazgo de las personas encargadas de implementar la respuesta regional, ya que éstas deben poseer capacidad política para propiciar vínculos efectivos con el intersector y la sociedad civil, además de capacidad de gestión, necesaria para conducir eficientemente los procesos administrativos implicados en la ejecución de las acciones de prevención en la región. Al respecto se puede decir que la RRIP de la región carece de un liderazgo político fuerte para conseguir el compromiso de las autoridades regionales con la prevención del VIH.

En efecto, una dificultad de implementación que presenta la RRIP, es que al ser una estrategia intersectorial, descentralizada y participativa, requiere necesariamente de la concurrencia de las entidades gubernamentales regionales vinculadas a este tema, las cuales dependen de distintos Ministerios y por lo tanto responden a diferentes autoridades, cada una con prioridades diversas. Dado que la representante de la SEREMI no tiene jurisdicción sobre estos vínculos, la prevención del VIH queda supeditada a la voluntad que puedan tener los jefes de Servicios para incorporar estas acciones en la agenda pública, situación que no está dentro del ámbito de influencia de quien tiene la responsabilidad de articular la RRIP en la SEREMI de Salud.

Este liderazgo también debe promover la participación de la sociedad civil, en las instancias de coordinación regional para la prevención del VIH, sin embargo se evidencia que estas organizaciones están insuficientemente representadas en el Consejo Regional del VIH, limitada a sólo dos entidades, las que prácticamente no tienen injerencia en el diseño e implementación de la RRIP. Tampoco se pudo constatar la existencia de vínculos formales que evidencien actividades de asociación entre el sector público y el sector privado en la región, para la prevención del VIH.

En relación a la perspectiva de género frente al VIH, es necesario destacar que si bien esta temática no constituyó una dimensión de análisis de la RRIP de Valparaíso y por consiguiente no se efectuó una revisión de este tema en el presente estudio, sin embargo se ha considerado pertinente hacer una referencia al respecto, en razón a que la perspectiva de género se incorpora en el marco de referencia de la estrategia nacional y regional, siendo incluida como un principio estratégico de la RRIP, además de ser identificada como una variable de la vulnerabilidad, que permite obtener un mayor entendimiento del riesgo frente al VIH. Al respecto, las orientaciones del MINSAL señalan que las intervenciones en prevención del VIH deben considerar en su diseño la perspectiva de género, sobre todo cuando la evidencia estadística indica que la epidemia se está feminizando, por lo cual la razón hombre mujer, ha disminuido en el último tiempo, tanto en VIH como en SIDA. Pese a esta realidad, durante el desarrollo de la investigación no se encontró evidencia de políticas de prevención en VIH, que incorporen esta perspectiva, constituyendo una debilidad de la respuesta nacional y regional al VIH.

Finalmente y en virtud de las dificultades que persisten a la fecha, para implementar una respuesta eficaz, se puede inferir que la RRIP de la región de Valparaíso, difícilmente pueda lograr las metas de hacer retroceder el avance de la epidemia para el año 2015 y de eliminar la transmisión vertical del VIH para ese mismo año, a menos que se intensifiquen los esfuerzos destinados a generar una respuesta regional, integrada, descentralizada y participativa, para la prevención y el control de esta enfermedad.

RECOMENDACIONES

En el marco de las ideas expuestas precedentemente, a continuación se enuncian algunas recomendaciones que pueden mejorar la implementación de la Respuesta Regional al VIH en la región:

Dimensión Política

- Fortalecer el rol de liderazgo de la SEREMI de Salud en la conducción del trabajo del Consejo Regional del VIH y posicionar a este Consejo como una instancia de coordinación del más alto nivel en la región, en la prevención del VIH y las ITS.
- Institucionalizar y reestructurar la organización y funcionamiento del Consejo Regional del VIH de manera tal que incorpore la participación estable de los jefes de Servicios del intersector y representantes de la sociedad civil, liderados por el SEREMI de Salud, con reportes directos al Intendente y al Ministro de Salud. De este Consejo pueden depender comisiones de trabajo específicas por materias y los Consejos Provinciales de Salud que se pudieren crear en la región.
- Otorgar facultades al encargado(a) del Programa de Prevención del VIH de la SEREMI de Salud, acordes al rol y a las funciones asignadas.

Dimensión Administrativa

- Ampliar la oferta de servicios de consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, dando acceso a formación en consejería a toda persona que tenga interés en prestar el servicio, especialmente a líderes de organizaciones sociales comunitarias y de poblaciones clave de mayor riesgo a esas enfermedades.
- Capacitar a los equipos de salud regionales de la SEREMI de Salud y de los Servicios de Salud, en metodologías que les permita diseñar y evaluar planes y programas de prevención. Asimismo, establecer compromisos formales con los equipos de salud regionales, respecto a formular e implementar sistemas de evaluación de las acciones de prevención ejecutadas y del impacto alcanzado.
- Institucionalizar el compromiso de la SEREMI de Salud, como autoridad responsable del control de la epidemia, de la prevención del VIH en la región y de la implementación de la RRIP, de rendir cuenta pública anual respecto del trabajo realizado en el cumplimiento de los objetivos de la RRIP del VIH/SIDA.
- Formalizar la sistematización de proyectos e iniciativas de prevención ejecutadas anualmente en la región, a fin de generar transferencia de conocimientos en el ámbito de la prevención de enfermedades causadas por comportamientos de riesgo.
- Potenciar el uso de Encuestas Nacionales periódicas como la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Calidad de Vida y Encuesta Nacional de la Juventud, como fuentes de información sobre factores de riesgo y determinantes de vulnerabilidad, en las enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes y otros problemas de salud vinculados, lo cual permitiría economía de recursos al utilizar la aplicación de instrumentos válidamente probados, en la recopilación de información relevante para el diseño de las políticas públicas de prevención en esas temáticas.

- Incorporar la participación de referentes de la sociedad civil organizada, en el diseño de sistemas de monitoreo y evaluación del Programa Regional de Prevención del VIH y las ITS.

Dimensión Sustantiva

- Ampliar la participación de organizaciones sociales en el Consejo Regional del VIH, para crear una instancia más participativa que promueva efectivamente el diálogo comunitario y que sirva de nexo político-social entre los gestores públicos y la sociedad civil organizada, para recoger y conducir las aspiraciones ciudadanas, en el ámbito de la prevención del VIH en todos sus niveles, especialmente en la prevención primaria y secundaria.
- Integrar la prevención del VIH con otros programas relacionados con la sexualidad, tales como las infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente y el cáncer cervicouterino, de manera de promover una mayor conciencia social y una cultura de autocuidado. Con ello se espera ampliar el espectro de las acciones preventivas, centralizando los recursos asignados a esos programas y transfiriendo las experiencias de las instancias existentes.
- Reactivar la suscripción de acuerdos de colaboración entre la SEREMI de Salud y la SEREMI de Educación, SENAME, SERNAM, INJUV y otros Servicios Públicos con presencia en la región, para la implementación de los Programas Regionales de Prevención.
- Establecer convenios de gestión entre el Ministerio de Salud y las SEREMIS de Salud respectivas, en relación al control y disminución del VIH/SIDA, las ITS y otros problemas de salud prevalentes en la población de la región.
- Promover la investigación en prevención del VIH y otras temáticas relacionadas, tales como estudios de comportamientos en poblaciones clave que presentan mayor riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, mediante la creación de un Fondo Regional destinado a financiar investigaciones sobre VIH/SIDA e ITS, estudios de comportamientos, trabajos de tesis en temas vinculados al VIH/SIDA, estudios de impacto de proyectos de prevención del VIH ejecutados a través del Plan Regional de Salud Pública. Para estos efectos, se podría realizar cada año concursos públicos y abiertos de amplia convocatoria, para la presentación de proyectos de investigación en las líneas temáticas señaladas, regidos por Bases definidas por la SEREMI de Salud. Los recursos de este Fondo se podrían obtener con aportes directos de los organismos gubernamentales que forman parte de la RRIP, aportes de las empresas privadas existentes en la región, el patrocinio de organismos internacionales dedicados al VIH/SIDA, entre otras fuentes. Paralelamente se pueden establecer convenios colaborativos con las universidades ubicadas en la región, para apoyar la investigación en salud y trabajos de tesis en la materia.
- Impulsar la creación de Consejos Provinciales de Prevención en Salud, liderados por la Autoridad Sanitaria Provincial y dependientes funcionalmente de cada Gobernación, a fin de crear una instancia de trabajo intersectorial, en asociación con el sector privado y la sociedad civil organizada, para la prevención del VIH y otras enfermedades afines.
- Fortalecer la gestión en Red desde la SEREMI de Salud, para la articulación de la oferta de prevención pública y privada, que facilite la coordinación intersectorial y la generación

de sinergias para la prevención y la atención integral del VIH y las ITS, mediante la utilización óptima de las capacidades regionales instaladas.

- Potenciar el uso de la plataforma web y los sistemas de información de que dispone la SEREMI de Salud, para la divulgación de la información sobre la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y las ITS, en la región.

DESAFÍOS PENDIENTES DE LA RRIP DE VALPARAISO

- Conocer en profundidad las características de la epidemia en la región, difundir los diagnósticos y socializar la prevención del VIH y las ITS entre la población.
- Incrementar los esfuerzos destinados a visibilizar la prevención del VIH y las ITS, ante los Jefes de Servicios Públicos de la región y obtener apoyo político, económico e institucional para la implementación de una respuesta regional.
- Incorporar la participación de representantes de poblaciones claves para el control de la epidemia, en el diseño e implementación de las políticas públicas regionales de prevención del VIH.
- Incorporar en los procesos de gestión, la práctica sistemática de realizar evaluaciones de resultados e impacto de las estrategias y de las intervenciones implementadas.
- Intensificar la coordinación intersectorial para la prevención del VIH, promover la generación de respuestas locales a nivel de las provincias, sustentadas en el trabajo comunitario.
- Promover la articulación de la oferta pública y privada de servicios de prevención existentes en la región, para generar una respuesta regional integrada a la prevención del VIH/SIDA y las ITS.

8. GLOSARIO²¹

Cambio de comportamiento: Se refiere a los esfuerzos basados en la existencia de diversas teorías y modelos de comportamiento humano, sobre la promoción de la salud y la educación para estimular el cambio de conductas, en el sentido de adoptar y mantener comportamientos saludables.

Comportamiento de alto riesgo: relación sexual desprotegida (sin preservativo), con muchas parejas o uso compartido de equipo de inyección no esterilizado.

Caso confirmado: toda persona cuyos resultados de las pruebas de laboratorio han sido confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Enfermedad de declaración obligatoria: Enfermedad que por requerimientos legales debe ser informada a las autoridades de salud pública, por los médicos cirujanos o por otros profesionales de la salud que atienden al enfermo que la padece.

Epidemiología: rama de la ciencia médica que se ocupa de la incidencia, distribución, factores determinantes de los patrones, de enfermedad y prevención de una enfermedad, en una población.

Epidemia: En epidemiología, una epidemia es la aparición, en una comunidad o región y durante un período dado, de casos de una enfermedad o comportamiento específicos relacionados con la salud, en un número claramente superior al previsto en circunstancias normales según la experiencia. Definir una epidemia es subjetivo ya que depende en parte de lo que es “previsible”. Una epidemia puede restringirse a un sitio, correspondiendo a un brote o tener un alcance más general (epidemia) o mundial (pandemia).

Estado serológico: se refiere a la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre. Frecuentemente se refiere al estado de anticuerpos contra el VIH.

HSH: Se refiere a hombres que tienen sexo con hombres. Este término no sólo incluye a los hombres que se autodefinen como “gay” u homosexuales y que tienen relaciones sexuales exclusivamente con hombres, sino que también a hombres bisexuales y heterosexuales que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.

Incidencia del VIH: Es el número de nuevas infecciones por el VIH, que ocurren durante un período específico. En contraste, la **prevalencia** del VIH se refiere al número de infecciones en un momento particular de tiempo, (como una fotografía). En estudios observacionales específicos y ensayos de prevención, el término tasa de incidencia se utiliza para describir la incidencia por cien personas-año de observación (ONUSIDA, 2007). En Chile, la incidencia de notificación de infección por VIH se expresa por cien mil habitantes (DEIS, MINSAL)

Infección por Transmisión Sexual (ITS): Aquellas que se propagan por la transferencia de microorganismos de persona a persona durante el contacto sexual. El espectro de las ITS, incluye el VIH que causa el SIDA, el virus del papiloma humano (HPV) que puede causar cáncer del

²¹ Elaborado sobre la base de las Orientaciones terminológicas de ONUSIDA 2007 y 2011 y documentos del MINSAL y OPS, consultados y señalados en la bibliografía.

cuello uterino o anal, herpes genital, hepatitis B, tricomoniasis, entre otras, ya que se reconocen más de 20 microorganismos y síndromes como pertenecientes a las ITS.

Infección por el VIH: Se utiliza para indicar que se ha detectado el VIH mediante una prueba de sangre o tejido. A diferencia del término VIH-positivo, que a veces puede ser un resultado falso positivo de la prueba, especialmente en niños de hasta 18 meses de edad.

Pandemia: Se refiere a una enfermedad prevalente en un país, continente o en el mundo. El uso recomendado por la OMS para pandemia es cuando se trata de enfermedad epidémica que afecta simultáneamente a varios países.

Periodo de Ventana o silente: Es el tiempo que transcurre desde la exposición al VIH hasta que el organismo crea anticuerpos suficientes para ser detectados por el examen. Internacionalmente se ha establecido que el período ventana se extiende a tres meses.

Prevalencia del VIH: Número de personas que viven con VIH, en un momento determinado. Expresado a menudo en porcentaje de la población total, cuantifica la proporción de individuos en una población que tiene el VIH, en un momento específico de tiempo.

Prevención primaria del VIH: consiste en realizar todas aquellas actividades sanitarias orientadas a eliminar los factores que puedan causar la transmisión del VIH. La intervención tiene lugar antes de que se produzca la transmisión del virus, siendo su objetivo principal el disminuir la incidencia del VIH.

Prevención secundaria del VIH: consiste en efectuar todas aquellas intervenciones sanitarias para detectar y aplicar tratamiento a las personas que son portadoras del VIH, en estados muy tempranos de la infección. La intervención tiene lugar en etapas asintomáticas de la infección, siendo su objetivo principal el reducir los daños, evitar la reinfección y disminuir la probabilidad de contraer una ETS.

Respuesta al Sida: También se utiliza indistintamente “Respuesta al VIH” o “Programa Nacional de Prevención y Control del VIH”, para referirse a la respuesta global a la epidemia de un país.

Vigilancia: La recolección continua y sistemática y el análisis e interpretación de datos acerca de una enfermedad o afección de salud. La recolección de muestras de sangre para fines de vigilancia se denomina serovigilancia.

Sistema de vigilancia del VIH de segunda generación: Son sistemas de seguimiento, que fundamentados en el sistema de recolección de datos existentes en un país, incluyen tanto el seguimiento de los comportamientos de riesgo como la infección por VIH, de manera que utiliza los datos de la vigilancia del comportamiento para interpretar la información que obtiene por medio de la vigilancia serológica. Los sistemas de vigilancia de segunda generación se diseñan para ser adaptados al tipo de epidemia de VIH en el país, por ejemplo en las epidemias concentradas, la vigilancia se lleva a cabo entre los grupos de población en que la prevalencia del VIH se ha mantenido constante por encima del 5%.

Seroprevalencia: en relación a la infección por VIH, se refiere a la proporción de personas con pruebas serológicas positivas de infección por VIH, esto es, presentan anticuerpos contra el VIH, en un momento dado.

Transmisión vertical: Algunas veces se utiliza para indicar la transmisión de un patógeno como el VIH de la madre al feto o bebé durante el embarazo o parto, pero puede utilizarse para referirse a la transmisión genética de características.

Tratamiento Antirretroviral o Terapia Antirretrovírica: Nombre dado a los regímenes de tratamiento recomendados por expertos en VIH para suprimir la reproducción vírica y demorar la progresión de la enfermedad causada por el VIH. El término TAR o TARV puede utilizarse si se refiere a una combinación triple de medicamentos antirretrovirales.

Número de defunciones registradas por SIDA: El número de muertes totales o de un determinado sexo cuya causa básica de muerte seleccionada fue Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (códigos 279.5 o 279.6, 042-044 de la CIE-9; códigos B20-B24 de la CIE-10), para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Magnitud Absoluta

Unidades de Medida: Defunciones

Categorías: Hombres, Mujeres

Razón hombre:mujer de casos de SIDA: Cociente entre el número de casos nuevos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en hombres con respecto al número de casos en mujeres, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Razón

ABREVIATURAS

ASOSIDA: Asamblea de Organizaciones Sociales y ONGs con trabajo en VIH/SIDA. Chile

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Social

DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

ITS: Infección de Transmisión Sexual

MINSAL: Ministerio de Salud de Chile

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PPL: Personas Privadas de Libertad

PRSP: Plan Regional de Salud Pública

PVV: Personas que viven con el VIH

RRIP: Respuesta Regional Integrada de Prevención del VIH y las ITS

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TAR: Tratamiento Antirretroviral o Terapia Antirretrovírica

UNGASS: Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VIVO POSITIVO: Coordinadora Nacional de Agrupaciones y Organizaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA. Chile

9. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Aguilar, L. (2000). *La Implementación de las Políticas*. Colección de Antologías de Políticas Públicas. Cuarta Antología. 3º ed. México: Miguel Angel Porrúa.
- ❖ Bravo, M., Dides, C., Pérez, S., & Pascal, R. (2003). *Mujeres Viviendo con VIH/SIDA: Diagnóstico sobre Ética y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Santiago: LOM Ediciones.
- ❖ Ferrer, L., Cianelli, R., & Bernales, M.(2009): VIH y SIDA en Chile, Desafíos para su prevención. *Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de Asuntos Públicos*. 24(4), 1-11.
- ❖ Meny, Y. & Thoenig, J. (1992). *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.
- ❖ Minayo, Cecilia (2004): *El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- ❖ MINSAL, (2001): Ley N° 19.779. CHILE. Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas, publicada en el D.O. de 24.11.05.
- ❖ MINSAL, (2005): Decreto N°182 de 2005. CHILE. Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicado en el D.O. de 09.01.07.
- ❖ MINSAL, (2006); Informe Situación Epidemiológica de VIH-SIDA, Chile 1984-2004 del Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública.
- ❖ MINSAL, (2008): Evolución del VIH-SIDA CHILE, 1984-2007, Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública.
- ❖ MINSAL, (2008): Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH-SIDA CHILE, 2004-2008, Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública.
- ❖ MINSAL, (2009): Informe Grupo de Trabajo VIH-SIDA, Panel de Expertos, Marzo 2009.
- ❖ MINSAL, (2011): Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, Diciembre 2011.
- ❖ MINSAL, Marzo 2010, Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS Chile, Enero 2008- Diciembre 2009.(04.06.2010)
- ❖ MINSAL, CONASIDA, (2006): Puertas Adentro: Mujeres, Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA, Santiago, Chile.
- ❖ MINSAL, (2008), Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en las mujeres embarazadas en Chile, Andros, Santiago, Chile.

- ❖ Moore, Mark H. (1999). *Gestión Estratégica y Creación de Valor en el Sector Público*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- ❖ ONUSIDA, (2000): Programas Nacionales de SIDA, Guía para el Monitoreo y la Evaluación.
- ❖ ONUSIDA, (2005): *Intensificación de la prevención del VIH: Documento de posición de política del ONUSIDA*. ONUSIDA/05.18S, Ginebra, Suiza.
- ❖ ONUSIDA, (2008): Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008. ONUSIDA/08.25S, Ginebra, Suiza.
- ❖ Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe, SIDALAC (2001): Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, Fundación Mexicana para la Salud, México.
- ❖ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1991). Aportes de la Ética y el Derecho al Estudio del SIDA. Washington, D.C.USA: OPS, Publicación científica; 530.
- ❖ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (1998).Hacer frente al SIDA, Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Washington, D.C.USA: OPS, Publicación científica; 570.
- ❖ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (2004). EL VIH/SIDA, en países de América Latina *Los retos futuros*. Washington, D.C.: OPS 2004.
- ❖ Sautu, R. *et al.* (2010). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros, 2010.
- ❖ SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, (2005), VIH/SIDA EN MUJERES, Construcción de una Estrategia de Prevención, Santiago, Chile.
- ❖ Stake, R. (1999). *Investigación con Estudio de Casos*. 2ª ed. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- ❖ Valdés, T. *et al.* (2006). PUERTAS ADENTRO, *Mujeres, Vulnerabilidad y Riesgo frente al VIH/SIDA*. Santiago, Chile: En Clave Comunicaciones.
- ❖ Vidal, F. *et al.* (2007). *Sexualidad, Género y VIH/SIDA: ¿Qué piensan los futuros docentes chilenos/as?*. Santiago, Chile: VIVO POSITIVO.
- ❖ Vidal, F., Carrasco, M.& Santana, P. (2005). *Discriminación por VIH/SIDA en Chile: Cambios y Continuidades 2002-2005*. Santiago: LOM Ediciones.
- ❖ Walker, M. (2000).*Cómo escribir trabajos de investigación*. Barcelona: Gedisa

REFERENCIAS DE INTERNET

- Ferrer, L. *et al.* (2009). *VIH y SIDA: Desafíos para su Prevención* [en línea]. Disponible en: <<http://www.uc.cl/enfermeria/html/boletines/documentos/bol16.pdf>> [consulta: 15 septiembre de 2010]
- Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1984-2008* [en línea]. <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/853849dda806eb30e04001011e015919.pdf>> [consulta: 10 diciembre 2010]
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS, Chile, Enero de 2008- Diciembre de 2009* [en línea]. Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2010/chile_2010_country_progress_report_es.pdf> [consulta: 20 octubre 2011]
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010* [en línea]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf> [consulta: 18 abril 2011].
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH* [en línea]. Disponible en: <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/96d9b6e8bc661b9ae04001011e010150.pdf>> [consulta: 21 abril 2011].
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Informe Situación Epidemiológica del VIH/SIDA, Chile 1984-2010* [en línea]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2010_vih_sida.pdf> [consulta: 05 agosto 2011].
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Serie Guías Clínicas: Santiago, MINSAL 2010* [en línea]. Disponible en: <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc4340c44a9e04001011f0113b9.pdf>> [consulta: 22 abril 2011].
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*, [en línea]. Disponible en: <<http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5648346.pdf>> [consulta: 10 diciembre 2011].
- Ministerio de Salud de Chile. (2012). *Informe Nacional “Evolución del VIH SIDA, Chile 1984-2011”* [en línea]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2011_vih_sida.pdf> [consulta: 03 octubre 2012].

- Ministerio de Salud de Chile. (2012). ATLAS INTERACTIVO REGIONALES VIH-SIDA [en línea]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/Regionales/05region/05_VIHSIDA/atlas.html> [consulta: 13 octubre 2012].
- NACIONES UNIDAS. (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea]. Disponible en : <<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>> [consulta: 10 octubre 2010].
- ONUSIDA, (2010). *Prevención del VIH* [en línea]. Disponible en <<http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp>> [consulta: 21 septiembre 2010].
- ONUSIDA. (2011). *Declaraciones y Objetivos de las Naciones Unidas* [en línea]. Disponible en: <<http://www.unaids.org/es/AboutUNAIDS/Goals/default.asp>> [consulta: 10 diciembre 2011].
- ONUSIDA. (2011). GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011 [en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/hiv_full_report_2011.pdf> [consulta: 20 noviembre 2011].
- ONUSIDA, (2007, 2011): *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA* [en línea]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf> [consulta: 07 octubre 2012].

10. ANEXOS

Anexo A

CRONOLOGÍA DE HITOS RELEVANTES SOBRE EL VIH EN CHILE

- 1984: Detección de los primeros seis casos de SIDA en Chile
- 1990: Creación de CONASIDA
- 1991: Primera campaña nacional de comunicación social, para la prevención del VIH (nivel masivo)
- 1994: Se establece la obligatoriedad de proporcionar consejería en entrega de resultados positivos (Resolución Exenta N°211/94, del MINSAL)
- 1996: Inicio de políticas descentralizadas de prevención del VIH y las ITS, con la ejecución de proyectos intersectoriales en regiones priorizadas.
- 1997: Programa de ITS es traspasado a CONASIDA
Inicio de FONOSIDA 800-378-800
Inicio del Programa Nacional de Consejeros en prevención del VIH
- 1998: MINSAL traspasa a los Servicios de Salud la Formación de Consejeros en VIH
- 2000: Implementación de los Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del VIH en las 15 regiones del país, (Primera estrategia descentralizada)
- 2001: Se amplía la consejería obligatoria al pre-examen y a la entrega de resultados negativos; se incorpora la firma de carta de consentimiento para la realización de pruebas de detección del VIH (Resolución Exenta N°371/01 del MINSAL)
Publicación de la Ley N°19.779, Ley del Sida, que establece normas relativas al Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- 2003: Inicio del proyecto Fondo Global, en Chile
- 2004: Se establece el VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria diaria (Decreto N°158/04 del MINSAL)
- 2005: Se incorpora a las Garantías Explícitas en Salud (GES), el tratamiento antirretroviral para las personas con VIH/SIDA, que lo requieran, garantizando cobertura, oportunidad y protección financiera.
El programa de prevención del VIH/SIDA, pasa a ser responsabilidad de las SEREMI de Salud, debido a la separación de las funciones de gestor de Red Asistencial y Autoridad Sanitaria.
- 2006: Se agrega al GES, el tratamiento antirretroviral en la prevención vertical en embarazadas. Conformación de la Respuesta Regional Integrada en Prevención del VIH y las ITS.
- 2008: Se suspende la ejecución del Proyecto Fondo Global en Chile.
Se incorpora la RRIP del VIH a los Planes de Salud Pública Regional.
- 2011: Se modifica el Decreto N°182/05, mediante Decreto N°45/2012 del MINSAL y se establece como obligatorio el examen de detección del VIH en las embarazadas, para prevenir la transmisión vertical del VIH.

Anexo B

MARCO LEGAL SOBRE VIH/SIDA EN CHILE

Las siguientes normas constituyen el marco jurídico regulador de las acciones de salud, relacionadas con el VIH-SIDA, sea que éstas se realicen en establecimientos privados o públicos de salud:

- ❖ Ley N°19.779, publicada en el Diario Oficial, el 14 de diciembre de 2001, que establece Normas relativas al Virus de Inmunodeficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades Catastróficas.
- ❖ Decreto Supremo N°158 del 22/10/2004, Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, mediante el cual se establece al VIH/SIDA como enfermedad de notificación obligatoria universal diaria.
- ❖ Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud, Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- ❖ Decreto N° 466, de 1987, del Ministerio de Salud, imparte Norma para la aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.
- ❖ Resolución Exenta N° 561 de 2000, del Ministerio de Salud, Norma Técnica N° 48, Norma Manejo por exposición Laboral a Sangre en el contexto de la Prevención de la Infección por VIH.
- ❖ Resolución Exenta N° 622, 17 de octubre de 2005, del Ministerio de Salud, Norma Técnica N° 81, Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.
- ❖ Resolución Exenta N°328 de 1986, establece Normas Mínimas de Bioseguridad para el Manejo de Muestras de Pacientes con riesgos de Infección del Virus HTLV III SIDA, en Laboratorios Clínicos.
- ❖ Decreto N° 206, de 2007 del Ministerio de Salud, Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual.
- ❖ Ordinario B51 N°/ 1817 del 07 de mayo de 2009 referido a instrucciones para la Construcción de Código examen para VIH.
- ❖ Ordinario 22B/ N° 4220, del 28 de octubre de 2009, codificación examen de VIH.
- ❖ Circular N° B51/35 de 2010, Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
- ❖ Decreto N°45, del 2011 del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto N°182/2005, Reglamento del Examen para la Detección del VIH.
- ❖ Circular N°41, del 2011, del Ministerio de Salud, que instruye sobre la detección precoz del VIH en establecimientos de la Red Asistencial.

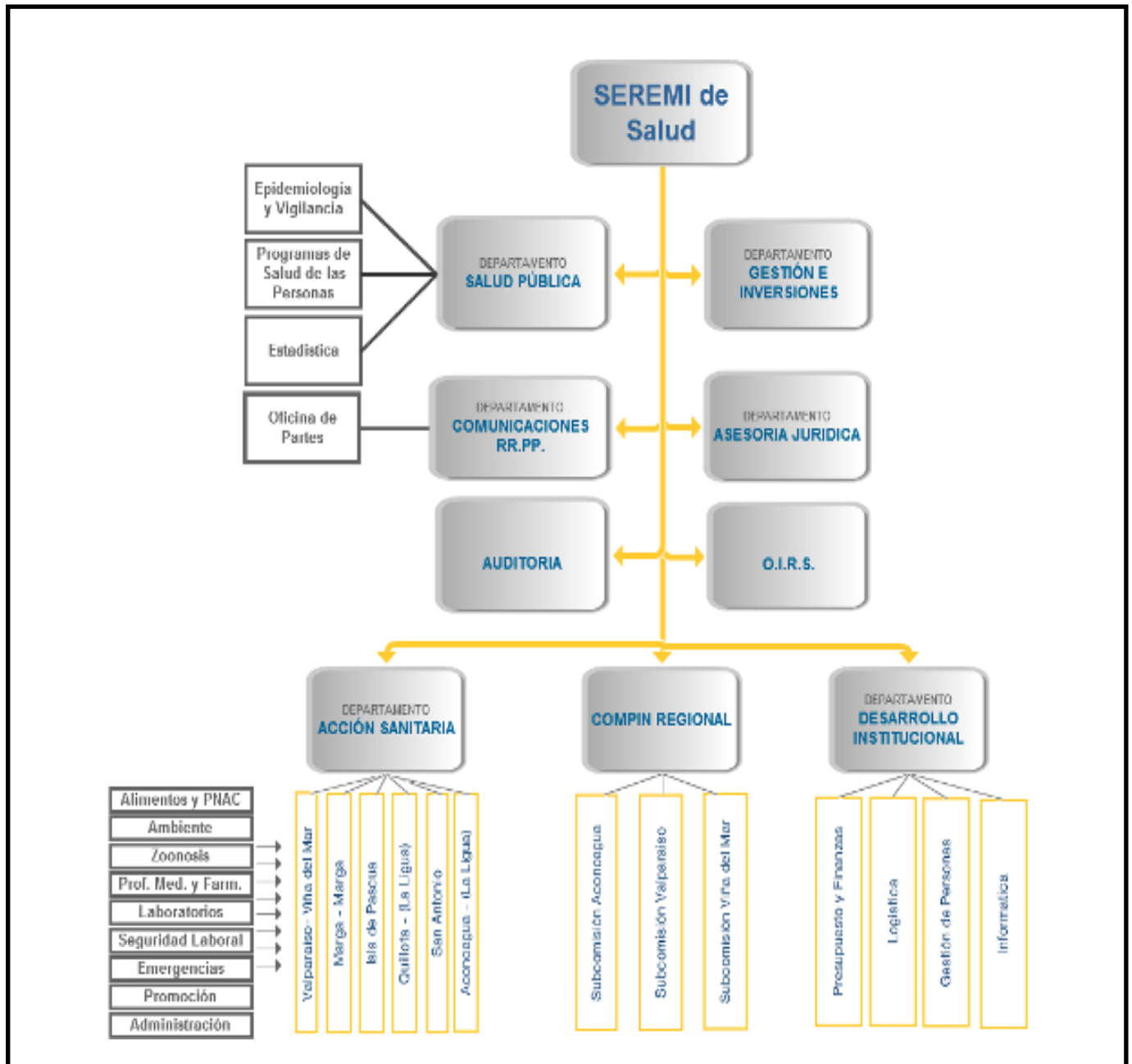
- ❖ Circular A 15/ N°47 del 2011, del Ministerio de Salud, instruye sobre casos de denegación de consentimiento en embarazadas, para practicarse el examen de detección del VIH.

Otras regulaciones sanitarias que abordan aspectos del VIH/SIDA

- ❖ Decreto N° 2357 de 1994, del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto N° 531/99 y Decreto N° 558 de 2001, aprueba Reglamento sobre Centros de Diálisis.
- ❖ Resolución Exenta N° 444 de 2005, Ministerio de Salud, Manual de Organización y Normas Técnicas, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.
- ❖ Ley N°19.966 de 2004, del Ministerio de Salud, que establece un Régimen de Garantías en Salud.
- ❖ Decreto N°44 de 2005, modificado por Decreto 69/07, Normas del Ministerio de Salud que aprueban las Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- ❖ Resolución Exenta N° 394 de 2008 del Ministerio de Salud, aprueba Guía de Procedimientos por Infracción al Decreto Supremo N° 158 de 2004 de ese Ministerio.
- ❖ Decreto N°34 de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba Normas de carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explicitas en Salud de la Ley 19.966.
- ❖ Resolución Exenta N° 458 de 2007, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 96, sobre Colecta Móvil de Sangre.
- ❖ Resolución Exenta N° 424 de 2008, del Ministerio de Salud, aprueba Norma General Técnica N° 103, Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual.
- ❖ Norma Técnica Vigilancia de Laboratorio, de 2006 del Instituto de Salud Pública.
- ❖ Circular 4F/53 de 1995, del Ministerio de Salud, que contiene la Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre.
- ❖ Circular 4C/21 de 2000, del Ministerio de Salud, que contiene Normas para la selección del Donante de Sangre.
- ❖ Ordinario C6/N° 850 del 26 de marzo de 2009, informa sobre Donantes de Sangre, indica conducta a seguir frente a donantes con exámenes de tamizajes positivos, que residen en un área geográfica diferente en la cual realizó la donación.
- ❖ Ordinario C63/N° 2344 del 2009, sobre Política Nacional de Servicios de Sangre.

Anexo C

ORGANIGRAMA SEREMI DE SALUD REGION DE VALPARAÍSO



Anexo D

Tabla: Casos VIH-SIDA por año de notificación, según Sexo, Servicio de Salud y Región, años 1984 al 2010.

| Año | SSVSA | | | SSVQ | | | SSA | | | REGION | | |
|--------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | HOM | MUJ | TOTAL | HOM | MUJ | TOTAL | HOM | MUJ | TOTAL | HOM | MUJ | TOTAL |
| 1984 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1985 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1986 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| 1987 | 3 | 2 | 5 | 5 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 8 | 3 | 11 |
| 1988 | 6 | 2 | 8 | 9 | 1 | 10 | 0 | 2 | 2 | 15 | 5 | 20 |
| 1989 | 29 | 2 | 31 | 8 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 37 | 2 | 39 |
| 1990 | 42 | 1 | 43 | 18 | 5 | 23 | 3 | 0 | 3 | 63 | 6 | 69 |
| 1991 | 56 | 6 | 62 | 19 | 5 | 24 | 2 | 1 | 3 | 77 | 12 | 89 |
| 1992 | 43 | 4 | 47 | 18 | 1 | 19 | 4 | 1 | 5 | 65 | 6 | 71 |
| 1993 | 43 | 5 | 48 | 20 | 3 | 23 | 7 | 4 | 11 | 70 | 12 | 82 |
| 1994 | 45 | 7 | 52 | 20 | 3 | 23 | 3 | 0 | 3 | 68 | 10 | 78 |
| 1995 | 63 | 9 | 72 | 20 | 5 | 25 | 8 | 3 | 11 | 91 | 17 | 108 |
| 1996 | 77 | 16 | 93 | 37 | 6 | 43 | 7 | 2 | 9 | 121 | 24 | 145 |
| 1997 | 54 | 8 | 62 | 31 | 11 | 42 | 8 | 0 | 8 | 93 | 19 | 112 |
| 1998 | 61 | 10 | 71 | 39 | 11 | 50 | 10 | 1 | 11 | 110 | 22 | 132 |
| 1999 | 73 | 13 | 86 | 41 | 15 | 56 | 4 | 2 | 6 | 118 | 30 | 148 |
| 2000 | 73 | 22 | 95 | 33 | 13 | 46 | 8 | 2 | 10 | 114 | 37 | 151 |
| 2001 | 70 | 22 | 92 | 41 | 13 | 54 | 16 | 4 | 20 | 127 | 39 | 166 |
| 2002 | 85 | 22 | 107 | 41 | 16 | 57 | 17 | 8 | 25 | 143 | 46 | 189 |
| 2003 | 74 | 14 | 88 | 34 | 9 | 43 | 21 | 2 | 23 | 129 | 25 | 154 |
| 2004 | 91 | 12 | 103 | 42 | 8 | 50 | 18 | 11 | 29 | 151 | 31 | 182 |
| 2005 | 55 | 15 | 70 | 45 | 12 | 57 | 17 | 10 | 27 | 117 | 37 | 154 |
| 2006 | 36 | 4 | 40 | 31 | 7 | 38 | 21 | 6 | 27 | 88 | 17 | 105 |
| 2007 | 43 | 10 | 53 | 43 | 13 | 56 | 15 | 11 | 26 | 101 | 34 | 135 |
| 2008 | 66 | 14 | 80 | 62 | 14 | 76 | 17 | 16 | 33 | 145 | 44 | 189 |
| 2009 | 97 | 15 | 112 | 72 | 14 | 86 | 24 | 8 | 32 | 193 | 37 | 230 |
| 2010 | 94 | 12 | 106 | 134 | 33 | 167 | 25 | 8 | 33 | 253 | 53 | 306 |
| TOTAL | 1383 | 248 | 1631 | 864 | 219 | 1083 | 255 | 102 | 357 | 2502 | 569 | 3071 |

Fuente: Departamento de Salud Pública SEREMI de Salud Región de Valparaíso

Anexo E

Tabla: Tasa de Notificación de VIH y SIDA, según región y quinquenios, Chile 1987-2011.

| Región | 1987-1991 | | 1992-1996 | | 1997-2001 | | 2002-2006 | | 2007-2011 | |
|--------------------|------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | Nº | Tasa* | Nº | Tasa* | Nº | Tasa* | Nº | Tasa* | Nº | Tasa* |
| SIDA | | | | | | | | | | |
| Arica y Parinacota | 3 | 1,6 | 28 | 15,7 | 61 | 31,9 | 82 | 44,1 | 118 | 63,4 |
| Tarapaca | 11 | 7,1 | 7 | 3,6 | 73 | 26,8 | 72 | 23,4 | 97 | 31,6 |
| Antofagasta | 22 | 5,8 | 50 | 11,1 | 70 | 13,1 | 76 | 13,4 | 117 | 20,6 |
| Atacama | 1 | 0,5 | 7 | 2,9 | 14 | 5,2 | 29 | 10,4 | 61 | 21,9 |
| Coquimbo | 11 | 2,3 | 26 | 4,8 | 59 | 9,0 | 78 | 11,0 | 136 | 19,2 |
| Valparaíso | 157 | 11,5 | 268 | 18,7 | 304 | 18,5 | 319 | 18,3 | 525 | 30,2 |
| Metropolitana | 624 | 12,2 | 1407 | 25,1 | 1463 | 22,6 | 1315 | 19,3 | 1812 | 26,6 |
| O'Higgins | 3 | 0,5 | 22 | 3,0 | 37 | 4,4 | 69 | 7,9 | 156 | 17,8 |
| Maule | 8 | 1,0 | 42 | 4,8 | 90 | 9,4 | 86 | 8,6 | 136 | 13,6 |
| Bío-Bío | 20 | 1,2 | 85 | 4,7 | 176 | 9,0 | 221 | 10,9 | 351 | 17,4 |
| Araucanía | 5 | 0,6 | 13 | 1,6 | 70 | 7,6 | 60 | 6,2 | 154 | 16,0 |
| Los Ríos | 2 | 0,6 | 23 | 6,7 | 25 | 6,8 | 22 | 5,8 | 77 | 20,4 |
| Los Lagos | 6 | 1,0 | 29 | 4,3 | 34 | 4,4 | 45 | 5,4 | 182 | 22,0 |
| Aisén | 0 | 0,0 | 3 | 3,5 | 8 | 8,1 | 3 | 2,9 | 2 | 1,9 |
| Magallanes | 2 | 1,3 | 5 | 3,5 | 10 | 6,4 | 7 | 4,4 | 15 | 9,5 |
| Total | 875 | 6,8 | 2.015 | 14,2 | 2.494 | 15,5 | 2.484 | 14,7 | 3.939 | 23,3 |
| VIH | | | | | | | | | | |
| Arica y Parinacota | 5 | 2,6 | 30 | 16,8 | 61 | 31,9 | 125 | 67,2 | 153 | 82,2 |
| Tarapaca | 7 | 4,5 | 6 | 3,1 | 66 | 24,2 | 123 | 40,0 | 142 | 46,2 |
| Antofagasta | 10 | 2,6 | 22 | 4,9 | 123 | 23,0 | 188 | 33,1 | 232 | 40,8 |
| Atacama | 2 | 1,0 | 5 | 2,1 | 25 | 9,3 | 53 | 19,0 | 67 | 24,1 |
| Coquimbo | 4 | 0,8 | 21 | 3,8 | 117 | 17,8 | 144 | 20,3 | 179 | 25,3 |
| Valparaíso | 71 | 5,2 | 216 | 15,0 | 407 | 24,8 | 483 | 27,8 | 500 | 28,7 |
| Metropolitana | 309 | 6,0 | 1000 | 17,9 | 1783 | 27,6 | 2293 | 33,6 | 2937 | 43,1 |
| O'Higgins | 5 | 0,8 | 25 | 3,4 | 64 | 7,7 | 132 | 15,1 | 138 | 15,8 |
| Maule | 5 | 0,6 | 24 | 2,7 | 87 | 9,1 | 160 | 16,0 | 144 | 14,4 |
| Bío-Bío | 4 | 0,2 | 36 | 2,0 | 119 | 6,1 | 297 | 14,7 | 429 | 21,2 |
| Araucanía | 0 | 0,0 | 6 | 0,7 | 71 | 7,7 | 88 | 9,1 | 148 | 15,4 |
| Los Ríos | 1 | 0,3 | 7 | 2,0 | 15 | 4,1 | 61 | 16,1 | 99 | 26,2 |
| Los Lagos | 0 | 0,0 | 13 | 1,9 | 79 | 10,2 | 162 | 19,6 | 299 | 36,2 |
| Aisén | 1 | 1,3 | 2 | 2,3 | 6 | 6,1 | 15 | 14,5 | 32 | 30,8 |
| Magallanes | 1 | 0,6 | 6 | 4,2 | 11 | 7,1 | 18 | 11,4 | 42 | 26,6 |
| Total | 425 | 3,3 | 1419 | 10,0 | 3034 | 18,9 | 4342 | 25,6 | 5541 | 32,7 |

Fuente: Formulario caso VIH/SIDA, Depto Epidemiología. MINSAL

* Información preliminar

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL 2011.

Anexo F

Tabla: Mortalidad por SIDA, según sexo, región de Valparaíso, 1990-2010

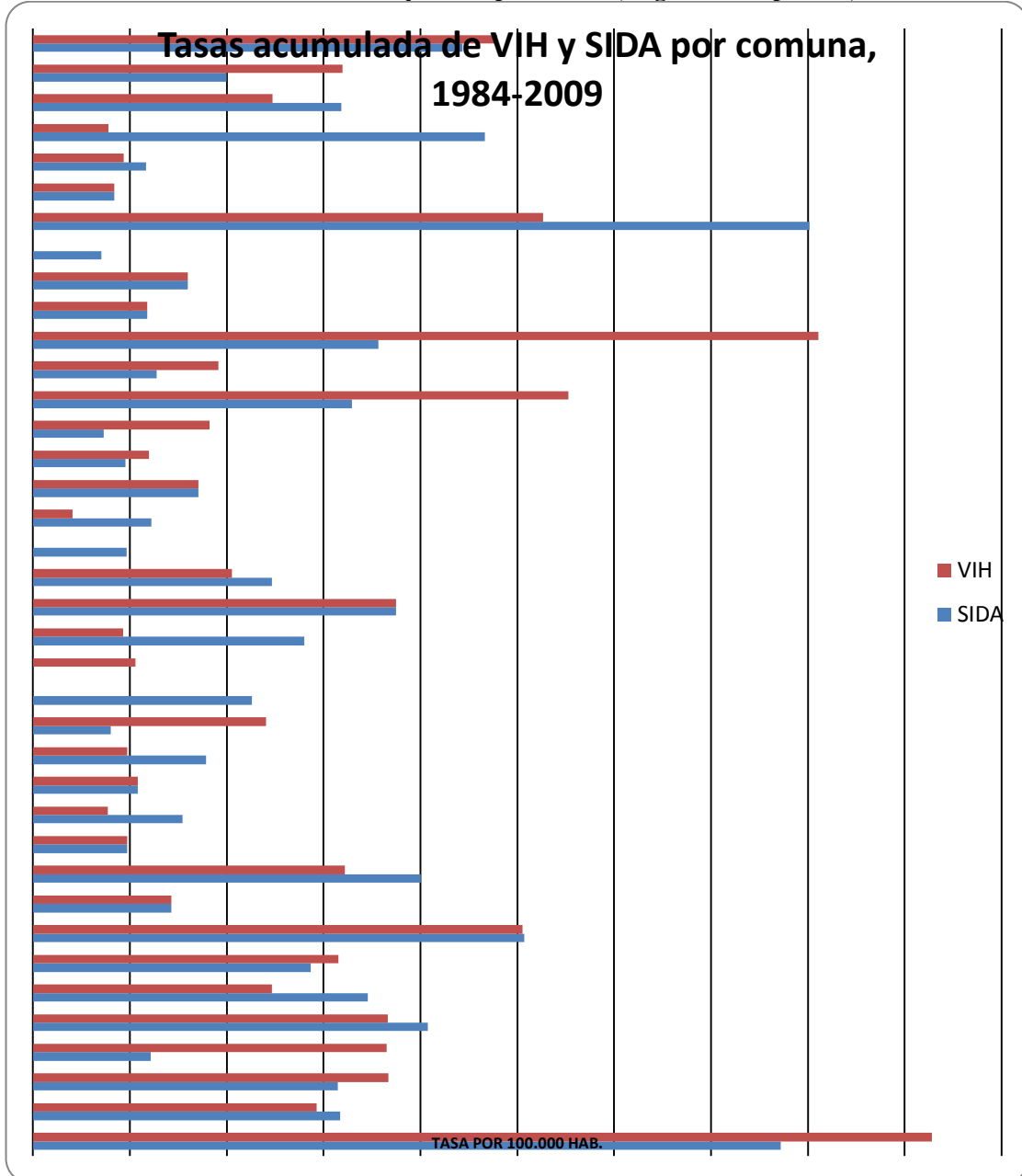
| Año | Ambos sexos | | Hombre | | Mujer | | Razón H:M |
|-------------------------|-------------|-------|------------|-------|------------|-------|--------------|
| | Nº | Tasa* | Nº | Tasa* | Nº | Tasa* | |
| 1990 | 8 | 0,59 | 8 | 1,2 | 0 | 0 | 0 |
| 1991 | 17 | 1,23 | 17 | 2,52 | 0 | 0 | 0 |
| 1992 | 17 | 1,21 | 16 | 2,34 | 1 | 0,14 | 16,0 |
| 1993 | 33 | 2,33 | 29 | 4,19 | 4 | 0,55 | 7,3 |
| 1994 | 32 | 2,23 | 25 | 3,56 | 7 | 0,95 | 3,6 |
| 1995 | 39 | 2,68 | 38 | 5,35 | 1 | 0,13 | 38 |
| 1996 | 51 | 3,46 | 45 | 6,23 | 6 | 0,8 | 7,5 |
| 1997 | 51 | 3,41 | 45 | 6,14 | 6 | 0,79 | 7,5 |
| 1998 | 51 | 3,36 | 41 | 5,51 | 10 | 1,29 | 4,1 |
| 1999 | 48 | 3,12 | 45 | 5,95 | 3 | 0,38 | 15,0 |
| 2000 | 52 | 3,33 | 45 | 5,86 | 7 | 0,88 | 6,4 |
| 2001 | 63 | 3,98 | 58 | 7,46 | 5 | 0,62 | 11,6 |
| 2002 | 56 | 3,49 | 49 | 6,22 | 7 | 0,86 | 7,0 |
| 2003 | 50 | 3,08 | 38 | 4,76 | 12 | 1,46 | 3,2 |
| 2004 | 57 | 3,47 | 45 | 5,57 | 12 | 1,44 | 3,8 |
| 2005 | 50 | 3,01 | 42 | 5,13 | 8 | 0,95 | 5,3 |
| 2006 | 54 | 3,21 | 48 | 5,8 | 6 | 0,7 | 8,0 |
| 2007 | 56 | 3,29 | 45 | 5,37 | 11 | 1,27 | 4,1 |
| 2008 | 43 | 2,5 | 37 | 4,4 | 6 | 0,7 | 6,2 |
| 2009 | 57 | 3,3 | 46 | 5,4 | 11 | 1,2 | 4,2 |
| 2010 | 54 | 3,06 | 46 | 5,3 | 8 | 0,9 | 5,8 |
| TOTAL ACUMUL | 939 | | 808 | | 131 | | 6,2 |

*TASA MORTALIDAD POR 100.000 HAB.;

Fuente: DEIS, MINSAL, 2011. CIE-10:B20, B24.

Anexo G

Gráfico Tasa acumulada de VIH y SIDA por comuna, región de Valparaíso, 1984-2009.



Fuente: Oficina Provincial Aconcagua, SEREMI de Salud región de Valparaíso

Anexo H

PAUTA DE ENTREVISTAS

| Subdimensión: Capacidad de liderazgo | |
|---|--|
| Variable 1 Capacidad de convocatoria | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desde cuándo participa en el Consejo Regional de VIH? 2. Qué entidades gubernamentales y de la sociedad civil forman parte del Consejo? (y de la Mesa de Consejería Regional?) 3. ¿Cómo es la dinámica de participación? (funcionamiento) 4. ¿Cómo se puede mejorar la capacidad de convocatoria? 5. ¿Con qué periodicidad se reúne el Consejo Regional de VIH? 6. ¿Qué temas se tratan en las reuniones del Consejo Regional? 7. ¿Cómo se realiza la citación? ¿Quién convoca? |
| Variable 2 Compromiso con los objetivos de la estrategia | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la Respuesta Regional Integrada? ¿En qué consiste? 2. ¿Cómo se toman las decisiones en el Consejo? 3. De acuerdo a su experiencia en trabajo en VIH /SIDA ¿Cuál es su evaluación de la RRIP? 4. ¿Cuáles son Los objetivos de la RRIP? 5. ¿Existe un Plan anual de trabajo? 6. ¿Cómo se seleccionan y ejecutan los proyectos ? 7. ¿Existen plazos para la presentación de proyectos? |
| Subdimensión : Institucionalidad | |
| Variable 1 Normativa legal vigente | <ol style="list-style-type: none"> 1. En su opinión ¿Qué debilidades presenta la ley del Sida en el ámbito de la prevención? |
| Variable 2 Institucionalización de procedimientos | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existen procedimientos formales de coordinación y funcionamiento de la RRIP? 2. ¿Cómo fue designado(a) para representar a su organización en el Consejo? 3. ¿Se levanta acta de las reuniones del Consejo Regional? |
| Subdimensión: Descentralización | |
| Variable 1 Desarrollo de iniciativas locales en prevención | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué proyectos de prevención se han ejecutado a nivel local en la región? 2. ¿Cuáles son? ¿en qué área territorial? |
| Variable 2 Difusión local de la RRIP | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se realiza difusión de la RRIP y del trabajo del Consejo en VIH, a nivel regional, subregional o local? 2. En caso afirmativo, ¿Cómo se difunde? ¿Quiénes son los encargados de la difusión? |

| Subdimensión: Capacidades organizacionales | |
|---|--|
| Variable 1 Gestión de recursos financieros, humanos y tecnológicos | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Con qué recursos cuenta la RRIP? 2. ¿De dónde provienen los fondos para la prevención del VIH/SIDA en la Región? Y qué financian estos recursos? 3. En su opinión ¿Cuál ha sido la tendencia, desde el 2006 a la fecha, respecto de los recursos asignados en la Región 4. ¿Cuántas personas trabajan en la Seremi en la RRIP? 5. ¿Se asigna un presupuesto anual a la RRIP de VIH/SIDA? 6. ¿Qué proyectos o acciones de prevención del VIH/SIDA se financian anualmente? 7. ¿Existen bases de datos integradas entre Seremi y Oficinas Provinciales para el trabajo de la RRIP de VIH/SIDA? |
| Variable 2 Capacitación en prevención del VIH | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se realizan actividades de capacitación en prevención, a funcionarios de otros servicios? Ej. educación 2. ¿Qué actividades de capacitación se realizan? ¿Quiénes las realizan? ¿A quiénes se dirige las capacitaciones? 3. ¿Cuántas personas se capacitaron el año 2009? |
| Variable 3 Autoridad de los responsables de la RRIP | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué facultades tiene para decidir en el Consejo de VIH/SIDA? ¿debe consultar con su jefatura superior? |
| Variable 4 Monitoreo y evaluación de la RRIP | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existen sistemas de seguimiento y de control de las actividades promovidas por este Consejo?, ¿capacitaciones gastos etc.?, ¿Quién (es) es responsable del seguimiento? 2. ¿Existen sistemas de control del gasto destinado a VIH/SIDA? ¿Cuáles son? 3. ¿Se efectúan evaluaciones de los proyectos? ¿quiénes participan en la evaluación? ¿Se incluye la opinión de los beneficiarios del proyecto? |
| Variable 5 Transparencia de los procesos administrativos | <p>¿Cómo se difunde la gestión del Consejo? ¿Qué tipo de información se publica?</p> |
| Variable 6 Contribución a la investigación del VIH/SIDA | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Tiene conocimiento de proyectos de investigación que se desarrollen en la región? ¿qué rol cumple este Consejo en estas investigaciones? 2. ¿Existen Centros de investigación en VIH/SIDA en la región? ¿Cuáles son? 3. patrocinados o que hayan recibido aporte de recursos de la RRIP o del Plan Regional de Salud? ¿Cuáles son? ¿En qué período? 4. ¿Se ha participado como contraparte técnica en proyectos de investigación? ¿Cuáles son? |

| Subdimensión: Percepción de la RRIP | |
|--|---|
| Variable 1 Valoración de la RRIP del VIH | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son los principales logros de la RRIP? 2. ¿Cuáles son sus expectativas de la RRIP del VIH? 3. ¿Considera Ud. que la prevención del VIH/SIDA es una prioridad en la Región? |
| Variable 2 Complejidad de la RRIP | <ol style="list-style-type: none"> 1. En su opinión, ¿Qué factores dificultan una respuesta regional integrada en prevención del VIH en la Región? 2. ¿Qué aspectos son determinantes para el logro de los objetivos de la RRIP? 3. ¿Cuáles son los principales desafíos de la RRIP? 4. ¿Cuáles son los principales aprendizajes? |
| Subdimensión: Coordinación intersectorial y con la sociedad civil | |
| Variable 1 Articulación de servicios de prevención | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existen servicios de prevención privados en la región? 2. ¿Cómo se articulan con el sistema público? |
| Variable 2 Participación de la Sociedad civil en la RRIP | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son las ONGs que participan regularmente en la RRIP? 2. ¿Cómo se integran a la RRIP las ONGs de la región, con trabajo en VIH/SIDA/ITS? 3. ¿Cómo se incentiva la participación en la RRIP? |
| Variable 3 Participación de organizaciones gubernamentales (Intersector) en la RRIP | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es su opinión acerca del trabajo intersectorial en la región en prevención del VIH/SIDA? 2. ¿Qué hace falta para fortalecer el trabajo intersectorial público y sociedad civil? 3. ¿Existen convenios o acuerdos de trabajo intersectorial a nivel de la región? ¿Cuáles son? ¿Cuál es su alcance? |
| Comentarios finales | ¿Desea agregar o comentar algo más? |