

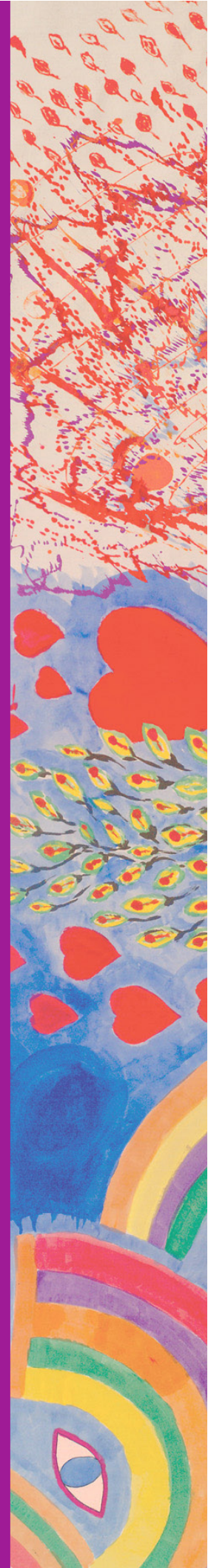
Observatorio de Políticas Públicas en VIH/SIDA y Derechos Humanos:

“POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA
EN CHILE”

Informe 2011



Fundación Savia
La fuerza de la vida





Fundación Savia
La fuerza de la vida

**OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
EN VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS:**

“POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN CHILE”

Informe 2011

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

FUNDACIÓN SAVIA

Representante Legal: Luz María Yaconi A.

Equipo Observatorio: María Elena Ahumada
Marco Ruiz D.
Victor Parra H.

Diseño Gráfico y Producción: Rafael Sáenz H.

Registro Propiedad Intelectual
Inscripción: N° 219903
Derechos Reservados

Las imágenes que ilustran la portada, corresponden a detalles de las obras del taller de Pintura de la Fundación Savia, publicadas en el libro de Arte "La Savia de la Vida".

Fundación Savia:
Tegualda 1832
Fono: 22690937
Email: savia@fundacionsavia.cl
Pág. WEB: www.fundacionsavia.cl

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	2
I. CONSIDERACIONES SOCIALES PARA UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	3
II. LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN CHILE	7
III. ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN	9
3.1 Implementación de la política	10
3.2 Poblaciones y ámbito comunitario	14
3.3 Un programa y articulación intersectorial	17
IV. ANÁLISIS DESDE LOS ACTORES	18
4.1 La voz de las Organizaciones	18
4.2 Instituciones del Estado	21
4.3 Grupos de Discusión	21
V. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	42

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

PRESENTACIÓN

El Observatorio es un proyecto de la Fundación Salud, Vida y Acción Social SAVIA, cuyo objetivo es monitorear y fiscalizar el cumplimiento por parte del Estado, de los compromisos de derechos humanos en las políticas nacionales de VIH y SIDA.

La necesidad de hacer un seguimiento a la implementación de las políticas es evidente. Por años en nuestra sociedad se han ido naturalizando injusticias, actos discriminatorios y deficiencias técnicas, producto de políticas que no responden a los estándares técnicos, científicos y de derechos humanos que el Estado se ha comprometido a cumplir.

Para que se alcancen los estándares esperados, la ciudadanía no sólo debe estar informada, sino participar efectivamente en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en los temas que son de su interés e incumbencia. Es justamente esta tarea que la Fundación SAVIA se ha planteado con la implementación del Observatorio.

El principal objetivo de este esfuerzo es visualizar los derechos de quienes viven con el VIH o con el SIDA, fomentar y hacer efectivo el derecho a la salud, al bienestar; ejercer el derecho a la libre expresión, y fomentar la educación y promoción de todos derechos humanos, particularmente los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales.

El observatorio pretende ser una fuente de información para entidades no gubernamentales con trabajo en VIH/SIDA, agrupaciones de personas que viven con VIH o SIDA, entidades académicas y organismos ciudadanos.

Además, se espera que aporte a las entidades estatales, el dotarse de una visión acerca del progreso y cumplimiento efectivo de estas políticas tanto en los ámbitos referidos a la atención médica y social.

Finalmente, esperamos que se constituya en un ejercicio democrático y en un vehículo de participación que incida en el empoderamiento de la sociedad civil, así como en la actualización y mejoramiento de las políticas en VIH/SIDA y de otras materias relacionadas.

INTRODUCCIÓN

El presente informe observa, estudia y analiza la política pública referida a la estrategia nacional de prevención del VIH/SIDA implementada por el Ministerio de Salud.

Si bien dicha política se desarrolla en cuatro niveles; su contenido releva los niveles individual, comunitario e intersectorial, dado que el nivel masivo fue analizado a través del primer informe del Observatorio.

En la elaboración de este trabajo, participaron de manera desinteresada, las siguientes organizaciones sociales: la Pastoral Ecuménica de Acompañamiento a PVVIH, Familiares y Amigos; el Movimiento Unificado por la Diversidad Sexual – MUMS-, la Fundación Margen, la Red OSS y el Comité de Refugiados Peruanos en Chile.

Además participaron entregando su aporte profesional y experiencias, los asistentes sociales Jessica Lillo, Agustina Morales y Rodrigo Zúñiga; la Tecnóloga Médica María Soledad Vidal; la psicóloga Ximena Solar; los activistas y consejeros especializados en VIH e ITS, Juan Francisco Gatica y Claudia Rodríguez y el Terapeuta Ocupacional Carlos Salinas.

Para el análisis de esta estrategia, se definió la aplicación de distintas técnicas destinadas a obtener las percepciones de personas, organizaciones, entidades públicas y actores con vasta experiencia en estos temas.

Primeramente se realizó el análisis de la documentación oficial nacional e internacional disponible¹.

Otra de las actividades consistió en entrevistas a organizaciones sociales que trabajan el tema desde hace años, con diversas poblaciones objetivo, aglutinadas en la Red ASOSIDA²; además de entrevistas a representantes de algunos programas del Estado.

Se organizaron tres grupos de discusión. En el primero de ellos participaron expertos, vinculados a programas de prevención de organismos estatales y personas con experiencia previa en el desarrollo de programas de prevención dirigidos a poblaciones vulnerables.

En el segundo grupo de discusión se contó con la participación de personas que han incidido en la formulación e instalación de programas y líneas de aplicación de la consejería para prevención del VIH, en la sociedad civil y el Estado.

Para el tercer grupo de discusión, se convocó a consejeros en VIH y SIDA que se mantienen activos y que cuentan con basta experiencia en la atención en consejería cara a cara y telefónica.

I. CONSIDERACIONES SOCIALES PARA UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

- **Condiciones para la salud**

El VIH y SIDA es una materia de salud pública. Prevenir su aparición y reducir su prevalencia constituyen parte de los objetivos sanitarios¹ para la década 2011-2020, planteados por el Ministerio de Salud.

En el ámbito de la salud pública en Chile, se reconoce la existencia de determinantes sociales (condiciones en que viven y trabajan las personas y que impactan sobre su estado de salud). Este concepto surge luego de constatar las limitaciones que tienen el diseño y análisis de las políticas públicas de salud, quedando de manifiesto su falta de éxito para evitar que los sujetos enfermen y que logren manejar sus riesgos individuales. Este fenómeno responde a la no consideración del rol que ocupa la sociedad en la definición de dichas políticas.

Los determinantes sociales inciden en las inequidades en salud. Se trata de factores y procesos sociales que influyen y contribuyen a generar brechas de salud entre diversos grupos humanos. En estricto sentido, se refieren al contexto social y a los procesos mediante los cuales esas condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud de las personas. Lalonde², identificó a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, como sus determinantes claves. A estos factores se suman aspectos políticos, económicos, sociales y culturales.

Las políticas de salud, al ampliar la mirada respecto de los factores incidentes, han ido superando los enfoques más tradicionales. Actualmente consideran la necesidad de disminuir las vulnerabilidades, de mejorar el acceso a los servicios sociales y de salud, intentando disminuir o aminorar consecuencias adversas, y orientando la modificación de la estratificación social.

Respecto del contexto social, es cada día más importante favorecer la participación ciudadana en las decisiones, incorporar la acción intersectorial y responder efectivamente a la necesidad de contar con evidencia para sustentar acciones efectivas.

- **Superar la discriminación**

Cuando el estado no garantiza igualdad de condiciones en el ejercicio del derecho a la salud, hablamos de discriminación. Se denomina discriminación a cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia por motivos de edad, género, raza, color, origen nacional o étnico, religión, opinión política o de otro tipo, o cualquier otra condición que tenga el propósito de afectar o deteriorar el goce completo de los derechos y libertades fundamentales³.

¹ En referencia a la mantención de los logros alcanzados en el control y eliminación de enfermedades transmisibles, se compromete a "Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA Mantener la tasa de mortalidad proyectada por VIH/SIDA" (Objetivo Estratégico 1). En referencia a la reducción de los factores de riesgo asociados, el objetivo planteado es "Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes. Aumentar 10% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente."(objetivo Estratégico 3).

² Marc Lalonde. Informe sobre Salud. Determinantes de la Salud, Canadá - 1974.

³ El Pacto de Derechos Civiles y Políticos de la ONU, establece que todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección. Prohíbe toda discriminación y obliga a los Estados a garantizar a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación

Existen poblaciones y grupos sociales discriminados, son quienes por diversas circunstancias o condiciones sociales, económicas, culturales o políticas, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida cotidiana y que no cuentan con los recursos necesarios para enfrentar una vida dignamente. Tales condiciones ponen en situaciones de desventaja en el ejercicio de sus derechos a quienes las viven.

• Determinantes sociales y VIH/SIDA

En la epidemia del VIH y SIDA, encontramos fuerte incidencia de los determinantes de la salud. En los primeros años de la epidemia se acuñó una definición que está vigente hasta hoy: el sida es también una enfermedad social⁴. Se referían al hecho que vivir con el virus del sida no solo es una condición biológica, sino se connota en lo social y en lo cultural.

Este hecho ha llevado a las autoridades chilenas a incluir en las políticas referidas al VIH y SIDA, un fuerte componente ético y social. Progresivamente se han ido estableciendo criterios y principios para la prevención. En la actualidad la definición de la política incluye principios políticos y éticos fundamentales para su implementación y ejecución.

• Principios Políticos para la Prevención⁵

Existe consenso que habrían a lo menos cuatro principios que orientan las políticas preventivas: **participación, intersectorialidad, descentralización y equidad**. Estos principios deben ser considerados al efectuar las diversas iniciativas que forman parte de la política, lo que incide en sus procesos y resultados.

La realización del principio de la **participación** implica buscar espacios en los cuales se encuentre la sociedad civil organizada que trabaja el tema y las entidades del estado. Instancias en que las organizaciones sociales pudieran opinar, hacer observaciones, criticar, proponer, evaluar: tener incidencia.

La **intersectorialidad** implica comprender que una política sobre esta materia, requiere de la articulación de los distintos ministerios cuya misión está relacionada con las poblaciones con las cuales deben generarse programas para prevenir o atender el VIH y SIDA⁶.

Una de las recomendaciones de ONUSIDA para los países⁷, es reconocer tres principios esenciales para generar la respuesta nacional a la epidemia del VIH y SIDA. Se trata de contar con:

por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social (Artículo 23). En la Convención para Eliminar toda Forma de Discriminación contra la Mujer de la ONU se define, discriminación contra la mujer como "toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera" (Art. 1).

4 Enfermedad que afecta al sujeto y repercute de manera importante en la sociedad. Dra. Agnès Bardon <http://dralucypalacio.blogspot.com/2007/08/una-enfermedad-social.html> El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación. Amparo Madrigal Vilches, José Ramón Bueno Abad, Francisco José Mestre Luján. Cuadernos de trabajo social, Valencia España, 2005. págs. 33-55.

5 Estrategia de Prevención del VIH/SIDA. http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_problemas/g_vih/vih.html.

6 Entre ellas están las poblaciones jóvenes y adultas privadas de libertad, que se debiera trabajar a través del Ministerio de Justicia y los servicios de Gendarmería de Chile y el Servicio Nacional de Menores SENAME; las mujeres, que se debiera promover políticas junto al SERNAM; población joven en general, políticas de prevención que debieran impulsarse y desarrollarse a través del INJUV; los estudiantes a través del MINEDUC, entre otras.

7 Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Junio 2005.

- Un marco de acción acordado sobre el VIH y SIDA, que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados;
- una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio, y
- un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

El principio de la **descentralización** facilita la posibilidad de responder a la epidemia en cada región y localidad, con planes de acción que potencian el conocimiento de cada realidad particular, con diagnósticos de sus propios contextos y por tanto con planes preventivos que respondan efectivamente a las características de la epidemia en esas localidades.

El principio de la **equidad** es fundamental, pues permite hacer un esfuerzo para que se haga efectivamente justicia en materia de VIH y SIDA. En efecto, una política de respuesta a la epidemia debe considerar que la aplicación uniforme de ciertas normas, puede no solo ser injusta, sino contraproducente. Un ejemplo claro se produce frente a las especificidades de género, dado que la uniformidad masculina desconoce las particularidades de mujeres; especificidades de edad, dado que los niños de 0 a 16 años se encuentran en etapas de pleno desarrollo y fisiológicamente responden de manera distinta a los adultos; y especificidades de sexo, puesto que la fisonomía y fisiología masculina/femenina presentan necesidades diversas.

Por lo tanto, es preciso que se asegure el principio de igualdad en el ejercicio de los derechos, especialmente en el ejercicio del derecho a la salud.

• Principios éticos para la implementación de la política de la prevención.

Otro componente fundamental para implementar políticas de prevención, se refiere a los principios éticos en que se enmarcan estas políticas, *“la decisión en conciencia libre e informada, a la privacidad y la confidencialidad, al respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas, la defensa de la solidaridad y el rechazo a la discriminación.”*⁸

Dichos principios, señalan la forma en que se deben implementar las políticas. Si las personas toman decisiones libres, en conciencia e informadas, esas decisiones serán importantes y significativas. Si por el contrario, la gente sólo acata las decisiones tomadas por otras personas (en este caso por autoridades o por los médicos tratantes), es probable que tales decisiones no sean tan significativas como se espera.

Lo mismo ocurre con la privacidad. Si a las personas a quienes les cuesta llegar al sistema de salud, tanto el servicio como la atención no les aseguran la privacidad respecto de sus datos o la confidencialidad de su diagnóstico, difícilmente se mantendrá en el sistema.

El respeto a la dignidad de las personas, a sus valores personales y a sus creencias, debe ser considerado a la hora de establecer prestaciones directas, ya sea con cada individuo, con grupos y/o colectivos, especialmente con aquellos que enfrentan situaciones de vulnerabilidad. Este es un principio ético fundamental en el despliegue de las estrategias de prevención.

8 Ref. Política de Prevención VIH/SIDA MINSAL.

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

La política pública de salud debe estar comprometida con el fortalecimiento de los sujetos colectivos para implementar de modo adecuado las iniciativas preventivas en los diversos contextos en donde debieran instalarse. Si los colectivos asumen la prevención como acciones propias y de su interés, se fomenta la solidaridad y la se trabaja para superar la discriminación social.

Superar la discriminación exige al Estado utilizar diversas herramientas para modificar aquellas políticas, leyes o normativas que no aseguren la igualdad en el ejercicio de los derechos de las personas. Por eso es preciso comprometerse éticamente para asumir la defensa de la solidaridad.

Todas estas consideraciones de principios se complementan con las orientaciones técnicas y científicas para el diseño de la respuesta nacional al VIH y SIDA.

II. LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH Y SIDA EN CHILE

En la Página Web del Ministerio de Salud se hacen públicos los componentes de la estrategia nacional de prevención del VIH y SIDA, que se realiza a través del Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS del MINSAL.

La Estrategia Nacional de Prevención que promueve y desarrolla el mencionado Programa del MINSAL, tiene el objetivo de incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan tanto la transmisión del VIH, las infecciones de transmisión sexual y la discriminación de las personas en situación de vulnerabilidad.

Las líneas de acción de la estrategia se fundamentan en estudios epidemiológicos, comportamentales, socioculturales y de opinión, que se realizan periódicamente; en la vigilancia epidemiológica y en el uso de otras fuentes de información. De esta manera, se mantiene un sistema activo de evaluación y retroalimentación para su diseño y ajuste.

Dado que en Chile la principal vía de transmisión del VIH, es la sexual (95%), la estrategia se orienta principalmente a promover comportamientos sexuales seguros. La Estrategia Nacional de Prevención se ha implementado a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en 4 niveles:

Nivel Individual: El objetivo es el apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería para la prevención del VIH y las ITS y la consejería asociada al examen de detección del VIH.

La consejería se realiza en nuestro país en dos modalidades:

- **Presencial o cara a cara:** Realizada por personal capacitado en habilidades y técnicas de escucha activa de manera presencial.
- **Telefónica:** a través de la Línea FONOSIDA, servicio gratuito, confidencial y anónimo, cuyo objetivo es facilitar a la población de todo el país el acceso a información, orientación y apoyo en relación al VIH/SIDA y las ITS. (FONOSIDA: 800-378-800 de Lunes a Viernes de 9.00 horas a 21.00 horas.)

Nivel Grupal Comunitario: Los objetivos son socializar aprendizajes de prevención entre pares, y promover ambientes sociales que valoren la prevención, a través de iniciativas focalizadas en poblaciones más vulnerables y proyectos comunitarios. La principal estrategia en desarrollo son las iniciativas intersectoriales coordinadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Nivel Masivo: El objetivo central es mantener el alerta social y la percepción de riesgo de la población. En este nivel se encuentran las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo.

Nivel Intersectorial e Institucional: El objetivo es sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de Estado en función de potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/SIDA y las ITS⁹.

Desde el punto de vista técnico, la información respecto de cómo se previene el VIH/SIDA expresa textualmente:

• VIH / SIDA - Cómo se previene

La infección por el virus del SIDA se puede prevenir. Para prevenir de manera efectiva se deben considerar tanto los aspectos individuales como sociales asociados a la transmisión. Desde el punto de vista individual se ha establecido la importancia de disponer de información actualizada, de identificar las conductas y situaciones de riesgo y de conocer los recursos disponibles para la prevención. Las conductas que permiten la prevención de la transmisión del VIH son:

- **Vía Sexual.** En este ámbito, existen tres conductas que permiten prevenir el VIH:
 - Usar correctamente condón en cada relación sexual.
 - Acordar ser pareja mutuamente exclusiva, asegurándose ambas personas de no vivir con el virus.
 - La ausencia de actividad sexual (abstinencia).

- **Vía sanguínea**
 - No compartir jeringas durante el consumo de drogas intravenosas previene la infección por VIH.
 - Respecto de la donación y transfusión de sangre, en Chile desde 1987 la sangre donada es sometida a exámenes para detectar el VIH.

- **Vía Vertical**
 - La transmisión por esta vía se previene mediante el uso de antiretrovirales y la sustitución de la lactancia materna por leche maternizada. En Chile desde el año 2005, existen normativas que consideran y garantizan la oferta del examen de VIH a todas las embarazadas, el tratamiento antirretroviral para la embarazada que vive con VIH y su hijo/a, así como sucedáneos de la leche materna.

⁹ En la página se refiere que si se requiere más información sobre la estrategia, se pueden consultar los documentos técnicos, estudios relacionados y descargar folletos educativos y campañas comunicacionales se puede visitar el Centro de Documentación.

III. ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN

A fines del 2010 el Ministerio de Salud toma la decisión de modificar la estructura de la Comisión Nacional del SIDA disolviéndola y creando el Departamento Programa Nacional de Control y Prevención de VIH/SIDA y las ITS, con el objetivo de desarrollar esta política. Cuenta para ello con una planificación y seguimiento de su implementación.

- **Objetivo de la Estrategia**

El principal objetivo de la estrategia de prevención es “...incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan tanto la transmisión del VIH, las infecciones de transmisión sexual y la discriminación de las personas en situación de vulnerabilidad.”¹⁰

La primera parte de este objetivo reconoce que la política de prevención habría logrado cambios en los comportamientos individuales y sociales. Por esa razón, el verbo utilizado es incrementar¹¹ (aumentar algo ya logrado), en este caso habrían aumentado los comportamientos individuales y sociales que disminuyen la transmisión del VIH y de las ITS.

En la segunda parte del objetivo se expresa lo mismo respecto a la discriminación, ubicando sus causas en los comportamientos individuales o sociales. Esta afirmación puede prestarse a confusión, si definimos la discriminación, de acuerdo a la doctrina internacional de los derechos humanos como cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera¹².

Precisaremos que si se produce discriminación, es porque el Estado no cumple cabalmente con su responsabilidad. Siendo éste justamente la entidad que debiera garantizar a las personas el ejercicio de sus derechos.

En este sentido, si hay **discriminación en contra de las personas en situación de vulnerabilidad**, es porque el Estado ha sido negligente, pues debe evitar la discriminación y porque la sola existencia de personas en situación de vulnerabilidad, es resultado de políticas públicas que no hacen frente a los desafíos económicos, sociales y/o culturales, generando situaciones de vulnerabilidad que afectan a sus ciudadanos.

¹⁰ Estrategia Nacional de Prevención del VIH/SIDA, MINSAL.

¹¹ A la fecha no se cuenta con datos respecto del porcentaje de personas que usan métodos e insumos de prevención en sus relaciones sexuales penetrativas. N de E.

¹² Referencia: Definición de los organismos de la ONU.

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

Otro aspecto necesario de precisar es que los grupos sociales que enfrentan situaciones de vulnerabilidad, son personas o comunidades, que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género, discapacidades, entre otras condiciones, deben enfrentar los desafíos de la vida cotidiana en condiciones menos favorables que otros grupos sociales.

3.1. Implementación de la política

Para el análisis de la política se considerará primeramente el nivel individual y posteriormente, se hará referencia a los ámbitos de acción grupal/comunitario e intersectorial.

El nivel individual, referido al **apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada**, a través de la **consejería para la prevención del VIH y las ITS y la consejería asociada al examen de detección del VIH**.

La importancia que nuestro análisis le otorga a este nivel de intervención surge de la consideración que la herramienta de consejería es una intervención fundamental para lograr frenar el avance de la epidemia, a través de la creación de conciencia del autocuidado en la población.

De acuerdo a la información presentada en la Web institucional del MINSAL, la consejería se desarrolla en dos modalidades: **Presencial (cara a cara)**, y **Telefónica**, a través del servicio FONOSIDA. Ambas modalidades atendidas por personal con capacidades de escucha activa¹³.

- **Consejería y ejes de la estrategia de prevención**

La consejería es una intervención social, reconocida y validada a nivel internacional, como una herramienta fundamental en el acompañamiento a personas que se ven enfrentadas a situaciones generadoras de altos niveles de estrés y angustia. Lógicamente, el VIH y SIDA es una de ellas, y que además afecta transversalmente la vida de un ser humano.

Esta forma de intervención preventiva, logra generar conciencia en las personas y, abordando el reconocimiento de sus situaciones de vulnerabilidad y la gestión individual de riesgo frente al VIH, fortalece el desarrollo de los siguientes procesos personales:

- **Apoyo en el proceso de reconocimiento de los factores de vulnerabilidad**

La vulnerabilidad frente al VIH es un fenómeno externo que interfiere directa o indirectamente en las determinaciones y decisiones personales relacionadas con la exposición al virus, específicamente en la forma en que una persona enfrenta ciertas situaciones sociales, económicas, políticas y culturales generadoras de los distintos niveles de riesgo de adquirir VIH.

En toda cultura, se tiende a naturalizar la invulnerabilidad, instalando estilos de vida estándares, que surgen de los modelos económicos vigentes. Este fenómeno social dificulta el reconocimiento de que cualquier individuo, en algún momento de su vida, podría verse afectado por diversos factores de vulnerabilidad. Nadie se piensa ni se visualiza vulnerable.

La consejería ofrece la posibilidad de visibilizar la vulnerabilidad particular de cada persona en su práctica concreta. La aplicación del juicio de realidad permite ampliar la mirada e incorporar el análisis de situaciones, hasta entonces desapercibidas, en donde se dificulta o imposibilita la implementación de medidas de prevención.

¹³ El FONOSIDA tiene el número 800-378-800 y atiende de lunes a viernes de 9.00 a 21.00 horas.

- **Apoyo en el proceso de gestión individual de riesgo frente al VIH**

La gestión individual de riesgo es un proceso que incluye una serie de momentos experimentados por la persona, desde donde le es posible profundizar y tomar conciencia de lo que le sucede en los planos intelectual y emocional. Ambos elementos están involucrados en las motivaciones relacionadas con la toma de decisiones preventivas y el auto cuidado frente al VIH.

Este proceso implica realizar una exhaustiva evaluación del riesgo que pudo haber existido en sus prácticas sexuales, y con esto elaborar acciones o cambios necesarios para disminuirlo o eliminarlo, desarrollando habilidades necesarias para su implementación.

Para que una persona logre realizar una adecuada gestión, requerirá desarrollar o ampliar su propia percepción del riesgo. El desafío de la consejería para VIH, es facilitar que la persona aborde el inicio o reinicio de su proceso de incorporación de la prevención (construcción del sujeto preventivo). Este proceso implica poner su disposición elementos que faciliten el reconocimiento del tipo y nivel de información que maneja sobre el VIH, y reconocer hasta que punto ha logrado llevarla a la práctica e incorporar medidas de prevención efectivas.

Generalmente las personas tienden a tener una percepción sesgada, basada en mitos y en creencias particulares. El desafío entonces es lograr en cada persona una reflexión consciente que permita le incorporar la información nueva y necesaria a su experiencia de vida.

Dentro del proceso de gestión del riesgo, se reconocen y validan las emociones y sentimientos que surgen a partir de esta experiencia, el impacto para su vida, lo que puede significar miedo, inseguridad, sensación de soledad que genera la urgente necesidad de cambiar su forma de expresar la sexualidad, hasta el pavor y paralización que provoca pensar en la posibilidad de adquirir el virus.

Las fuentes de información disponibles sobre el VIH y SIDA, frecuentemente utilizadas por la población, no son lo suficientemente rigurosas (espacios Web desactualizados, información recogida desde pares, o de profesionales y equipos de salud con poca sensibilización y manejo del tema, orientadores basados en concepciones morales rígidas, entre otros).

Dentro del espacio de consejería, las personas tienen la posibilidad de ampliar su mirada y modificar su concepción personal sobre el tema, contando para ello con un acompañamiento especializado y personalizado. El aporte que brinda a cada persona es su preparación para reconocer y enfrentar acciones que requerirá implementar en relación con su autocuidado, la elaboración de su estrategia individual de prevención y desarrollar las habilidades requeridas. Esto facilita el proceso personal de toma de decisiones libres e informadas, uno de los principios éticos fundamentales presentes dentro de la estrategia nacional de prevención.

- **Apoyo en la construcción de un sujeto preventivo frente al VIH**

La construcción de un “sujeto preventivo”, hace referencia a un proceso que posibilita a las personas conocer, manejar y aplicar todos los recursos disponibles y necesarios¹⁴ que les permitan abordar sus riesgos frente al VIH. Implica el empoderamiento y protagonismo de cada individuo, en cuanto al desarrollo y potenciación de capacidades internas que faciliten la implementación de medidas de prevención sustentables en el tiempo, que surjan desde su necesidad y no de exigencias impuestas por otros.

Dentro de un espacio privado de conversación, la consejería invita a cada persona a iniciar este proceso, reflexionando y analizando su historia individual, provocando un encuentro consigo mismo, con sus creencias y valores, con su visión particular sobre el VIH.

La consejería facilita –de esta manera– a las personas distinguir en qué nivel ha logrado incorporar la información que maneja sobre el VIH. Si esta información ha causado algún impacto, y de qué manera se refleja en la implementación de conductas preventivas. Permite a su vez, que cada persona evalúe su percepción de riesgo, es decir, que pueda reconocer qué tan cercano o tan lejano se siente, de la posibilidad real de exponerse al VIH a través de sus decisiones y prácticas personales.

En la particularidad de nuestra cultura, aún es posible observar que muchas personas, tanto mujeres como hombres, no han logrado desarrollar esta percepción de riesgo frente al VIH. En la mayoría de los casos, existe una tendencia a determinar el propio riesgo a partir de la condición y calidad de persona de “otros” y no a las propias decisiones y determinaciones.

A modo de ejemplo, se podría describir una serie de situaciones en que este fenómeno de confusión personal, se repite dentro del relato de los usuarios de consejería.¹⁵

- Hombres heterosexuales que centran su percepción de riesgo a partir de una práctica sexual protegida o que no represente riesgo para VIH, **por el sólo hecho de haberla mantenido con una trabajadora sexual o con otro hombre**. Curiosamente, no tienen la misma percepción frente a prácticas sexuales desprotegidas con mujeres que no ejercen el comercio sexual.
- Hombres bisexuales que tienden a percibir mayor riesgo en sus relaciones con otros hombres que con mujeres, aunque estas sean protegidas o sin riesgo.
- Mujeres heterosexuales y hombres homosexuales con prácticas sexuales pasajeras, donde el riesgo está percibido por la calidad de “desconocida” de la pareja sexual. En ambos casos, la percepción de riesgo disminuye o desaparece, y no se considera la necesidad de implementar medidas de prevención, al tener la sensación de conocer a esta pareja.

¹⁴ Acceso a información veraz, a acompañamiento especializado para abordar procesos de cambio, contención emocional, desarrollo de habilidades, a preservativos, a derivación a otros programas según necesidades propias, a conocer experiencias con pares, entre otras.

¹⁵ Datos extraídos de la experiencia aplicada por Víctor Parra, reflejada en los informes de atención en consejería ofrecidas por el Centro de Consejería y Detección de la Región Metropolitana. (2005-2009).

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

- En la población general, dentro del contexto de **construcción de una relación de pareja estable**, en donde influyen las creencias culturales que homogenizan el concepto de “ser pareja” con una serie de criterios subjetivos (**confianza, fidelidad, estabilidad, respeto, amor, compromiso, cuidado de la pareja**). En estos casos, la percepción de riesgo se desvanece y no se considera necesaria la implementación de medidas de prevención en la vida sexual de esa relación de pareja.

La situación actual nos presenta un escenario preocupante. Hasta el año 2008 la consejería para VIH dentro del contexto de los Servicios de Salud, se desarrollaba de acuerdo a los criterios descritos anteriormente, es decir, consejería para la prevención. Actualmente, hay un cambio al proponer la distinción entre una **consejería asociada al examen** y la **consejería para la prevención**, lo que puede representar la desarticulación de su componente preventivo.

Una consejería asociada al examen, implica la toma de muestra a toda persona que la solicite, indistintamente de sus situaciones particulares de riesgo. Está centrada en entrega información general y derivación a Servicios de Salud, se asocia al consentimiento informado de la persona para realizar el procedimiento. En estas condiciones, se limita el abordaje en profundidad de la gestión individual de riesgo y el análisis de la vulnerabilidad que afectan a la persona. Muchas veces, tampoco considera si está completo el período de ventana propuesto para acceder a un resultado de examen confiable.

Bajo estas circunstancias, una persona que recibe un resultado negativo luego de haberse expuesto en reiteradas oportunidades a situaciones de riesgo, podría pensar que es inmune frente al VIH, incluso podría asociar el examen como una acción preventiva, solicitándolo cada vez que siente que se ha expuesto, sin implementar medidas de prevención permanentes.

Por su parte la sociedad civil ha aportado al desarrollo de la consejería. La oferta de atención de los programas instalados desde organizaciones ha mantenido su enfoque preventivo, en algunos casos en manera voluntaria. Además, enfrentando diversos desafíos económicos, técnicos, de difusión, entre otros.

Cada uno de esos programas, responde a necesidades particulares de sus poblaciones objetivos, en las que se distinguen diversas temáticas, dentro de las que se destacan el abordaje de la sexualidad, género y la socialización de la orientación sexual, atención especializada en ITS, y oferta de consejería dirigida específicamente a población homo/bisexual masculina. Este aporte es insustituible para una respuesta nacional al VIH y SIDA.

3.2. Poblaciones y ámbito comunitario

Otro nivel de intervención de la política de prevención es el grupal/comunitario. De acuerdo a lo que se informa en la página del MINSAL, sus objetivos son socializar aprendizajes de prevención entre pares, y promover ambientes sociales que valoren la prevención, a través de iniciativas focalizadas en poblaciones más vulnerables y proyectos comunitarios. La principal estrategia en desarrollo son las iniciativas intersectoriales coordinadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Es evidente que la prevención del VIH y SIDA es un proceso que se enmarca en la educación y formación en sexualidad, proceso que se recomienda iniciar tempranamente. Además, los programas de educación sexual reducen la incidencia de embarazos no deseados, y las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH. Sin embargo en Chile, estos programas no se desarrollan de modo sistemático en el currículo escolar.

Los países que han incorporado la educación en sexualidad en sus programas curriculares tienden a disminuir la incidencia en estos temas. Sin embargo, esto no es automático. Los cambios de comportamiento en sexualidad están arraigados en la cultura.

Otra consideración es el efecto que tienen las políticas preventivas basadas en los derechos individuales versus aquellas políticas sanitarias dirigidas a poblaciones universales. Estas últimas han demostrado que no aseguran el acercamiento de las personas a las prácticas preventivas. La información puede ser general y uniforme, pero la forma de hacerla llegar a las diversas poblaciones y personas que realizan prácticas sexuales de riesgo, debe necesariamente tomar en cuenta y estar acorde a sus percepciones, a sus manifestaciones culturales, y a sus características sociales.

En ese sentido las políticas de prevención deben considerar y situarse en las características biológicas, sociales, económicas y culturales de las poblaciones hacia quienes irán dirigidas. Las orientaciones técnicas internacionales llaman la atención respecto de la necesidad de hacer visibles a cada una de las poblaciones objetivo. Esto, sin embargo, se mantiene hasta hoy simplemente como una recomendación. Generalmente, se tiende a uniformar la información entregada, y dirigir la prevención solo a la población general. A modo de ejemplo, las mujeres y niñas en América Latina no se visibilizan en las políticas públicas de prevención de VIH y SIDA.

También se ha advertido respecto de lo contraproducente que pueden ser aquellas políticas preventivas que se basan y responden a objetivos normativos y políticos generales. Un ejemplo claro queda representado en algunas formas de penalización y castigo al trabajo sexual. Se afirma que, mientras más represiva la política, más clandestina la epidemia. Con esto se quiere indicar que las poblaciones a las que se reprime, persigue o castiga, no se acercan a los sistemas de salud, y con ello se debilita la implementación de medidas preventivas y sanitarias.

Por el contrario, al asumir la orientación de trabajar con las poblaciones objetivo, se logra la instalación de políticas preventivas más potentes. Tomando el ejemplo anterior, si se aplican algunas medidas como la despenalización del trabajo sexual y se regulariza su ejercicio desde la perspectiva de los derechos de hombres y mujeres, se pueden proteger las condiciones en que

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

ejecuta, potenciando a su vez el acercamiento de esta población a los sistemas de salud y a la prevención.

Hoy, a la hora de definir las políticas de prevención del VIH y SIDA, es imprescindible integrar los imperativos de la salud pública y los derechos humanos, así como tomar en cuenta la evidencia acumulada sobre qué estrategias funcionan y cuáles no.

Otra alerta al respecto que surge en América Latina, es que mayoritariamente las mujeres llegan a los servicios de salud pública y tienen acceso a los tratamientos para VIH y SIDA cuando son madres, cuando están embarazadas. En este sentido cabe señalar que el tema de género debe ser un tema transversal en la respuesta a la epidemia, dado que permanecemos en deuda con la salud sexual de aquellas mujeres que aún no son madres o que optan por no serlo.

Las mujeres tienen -por factores biológicos- mayor posibilidad de contraer el VIH a través de un coito no protegido que los hombres, ya que la mucosa vaginal presenta más fragilidad y el semen tiene mayor concentración viral que los fluidos vaginales. Además, se ven afectadas en mayor grado por infecciones de transmisión sexual, muchas de ellas asintomáticas.

A pesar del aumento del uso del preservativo y de conductas sexuales más responsables, persisten las desigualdades de género en salud sexual y reproductiva. Hasta hoy, y más dramáticamente en los estratos socioeconómicos más bajos, muchísimas mujeres jóvenes siguen siendo presionadas para mantener precozmente relaciones sexuales desprotegidas, contando con escasa capacidad para negociar el uso del preservativo y generalmente asumiendo la responsabilidad y las consecuencias de sus relaciones sexuales. En ocasiones, y debido a dependencia económica, social y/o emocional de la pareja (hombre), les resulta difícil rechazar relaciones sexuales de riesgo o negociar el uso de métodos de prevención.

De la misma manera, se observa con preocupación que la infección por VIH también puede estar asociada a la violencia de género, a través de acciones de violencia sexual genital.

Ante la diversidad de prácticas sexuales de riesgo, se requiere realizar educación sexual incluyendo la prevención del VIH y SIDA. Esto a partir de que en las relaciones eróticas que viven todas las personas, se contactan e interrelacionan cuerpos, identidades, deseos, vivencias, placeres, expectativas, emociones, sensibilidades, identidades, orientaciones sexuales. Temas que requieren ser trabajados en procesos educativos en sexualidad, orientados al aprendizaje del placer, donde cada persona se sienta satisfecha con su vida erótica, con la vivencia de su sexualidad.

Hay que considerar la planificación e implementación de actividades preventivas dirigidas a poblaciones específicas. Entre otras, la población homosexual, bisexual, transgénera, transexual, las personas que ejercen comercio sexual. Es fundamental que estas iniciativas promuevan paralelamente la prevención del VIH e ITS y el ejercicio de los derechos. Al respecto se ha indicado que los materiales informativos y educativos debieran abordar la masculinidad y la necesidad de aumentar la consciencia sobre el conocimiento acerca de los comportamientos sexuales.

La mitad de los casos de infecciones por VIH en hombres adultos hace referencia a personas que tienen o suelen tener prácticas sexuales con otros hombres. De esta constatación, surge la existencia de infecciones adquiridas por las parejas mujeres de estos hombres. Para muchos de

ellos, estas prácticas son circunstanciales y no formarían parte de sus identidades sexuales. Esto indica la necesidad de realizar estudios acerca de estas poblaciones para orientar adecuadamente las políticas de prevención.

El uso del preservativo en todas las relaciones sexuales debiera ser una medida que se aplique desde la adolescencia, desde la emergencia del deseo sexual. Así se ha entendido en la mayoría de los países de Europa y en nuestro continente, en Brasil y México. Sin embargo, la influencia de sectores conservadores en nuestras sociedades latinoamericanas, han puesto en cuestión el uso consistente del preservativo. Este es uno de los obstáculos culturales más extendidos y que inciden fuertemente en el despliegue de las políticas preventivas. Este discurso conservador y confuso, se pueden encontrar incluso en propaganda y materiales educativos para la prevención producidos por las entidades públicas de salud.

Los discursos confusos e inconsistentes terminan por alejar a las personas de las prácticas preventivas. Si se pretenden mejorar la respuesta nacional a la epidemia, se ha recomendado urgentemente revisar los discursos públicos de las líneas preventivas y manejar una información consistente y científica que de confianza a la población, quien debe sentirse segura al momento de decidir modificar sus acostumbradas conductas sexuales.

3.3. Un programa y articulación intersectorial.

Dentro del nivel de intervención intersectorial, se propone sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos del Estado, para potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH y SIDA y las ITS.

Las alianzas del Ministerio de Salud con otros sectores públicos y servicios, es un propósito difícil de instalar en los países de nuestro continente. Eso tiene que ver con el valor que se le asigna al tema del VIH y SIDA en las políticas sociales desarrolladas por los estados.

Es aún más difícil si se debe invertir en prevención. Los presupuestos anuales de los gobiernos deben ser justificados políticamente. En los países en que el VIH y SIDA afecta a un número relativamente menor de personas, como el nuestro, la inversión en prevención tiende a ser postergada y/o disminuida en comparación a otros problemas sociales o a las inversiones en políticas orientadas al crecimiento económico.

Otro problema es la inconsistencia de las políticas de articulación intersectorial. Cada vez que hay cambio de gobierno pueden verse afectadas y modificadas las políticas intersectoriales de prevención, lo que no permite mantener, evaluar e incrementar los esfuerzos en curso.

Las agencias internacionales que trabajan el tema han señalado la necesidad de monitorear estos aspectos de las políticas nacionales de prevención. Diversos acuerdos internacionales articulados a través de ONUSIDA, y de las otras agencias de Naciones Unidas, se preocupan permanentemente de respaldar a los gobiernos en la instalación y desarrollo de las alianzas entre sectores públicos para responder a la epidemia. Si uno o más sectores públicos presentan propuestas de trabajo conjunto, estos proyectos cuentan con apoyo técnico y financiero de las instancias internacionales. Pero aunque así sea, en nuestro continente no es una tendencia cierta. De hecho todo depende de las líneas de trabajo de los gobiernos.

En Chile, la intersectorialidad representa una condición que ha sido asumida desde el momento mismo de la creación del organismo estatal encargado del tema (CONASIDA)¹⁶. En los últimos años, la cobertura de la respuesta nacional al VIH y SIDA se ha ampliado mediante articulaciones con entidades públicas encargadas de justicia, educación, juventud, planificación, mujeres, entre otros.

¹⁶ La creación de la Comisión Nacional del SIDA, asume el carácter intersectorial a través de la representación de diversos Ministerios liderados por el MINSAL.

IV. ANÁLISIS DESDE LOS ACTORES

4.1. Organizaciones opinan

Se consultó a cinco organizaciones sociales integrantes de ASOSIDA, que han trabajado por más de diez años en diferentes contextos, aportando con su experiencia a ampliar la cobertura de la respuesta preventiva del país al VIH y SIDA. Se trata de la Pastoral Ecuménica de Acompañamiento a personas viviendo con VIH, Familiares y Amigos; el Movimiento Unificado por la Diversidad Sexual – MUMS, la Fundación Margen, la Red OSS y el Comité de Refugiados Peruanos en Chile.

Las líneas generales de su quehacer orientado a la prevención del VIH y SIDA y las ITS se refieren a la capacitación de monitores, intervenciones en terreno, elaboración y distribución de materiales educativos y entrega de preservativos. Dos de ellas cuentan con una larga experiencia en el trabajo de consejería cara a cara y telefónica.

Las poblaciones o grupos a quienes está dirigido su trabajo son, población carcelaria (que incluye a personal de Gendarmería e internos privados de libertad), diversidad sexual, mujeres trabajadoras sexuales, personas migrantes, y público general.

Considerando esta diversa población atendida, su trabajo integra una amplia gama de actividades: talleres, salidas a terreno, derivación a otras organizaciones. Dos de ellas cuentan con programas radiales donde difunden sus actividades y realizan sus convocatorias, también están presentes en las redes sociales, en las plataformas tecnológicas, y la mayoría de ellas ofrece mesas informativas en las distintas actividades públicas.

Las organizaciones consultadas actualmente no reciben aportes del Estado. Sólo algunas cuentan con aportes de otras instituciones (embajadas u organizaciones extranjeras). Dos de ellas destinan el 100% de estos aportes para prevención y otra, sólo un 30%. Las organizaciones que no reciben fondos externos, realizan su trabajo con aportes propios.

Ninguna de estas organizaciones recibe apoyo técnico por parte del Estado. Sólo dos de ellas han recibido este tipo de apoyo por parte de una universidad, y dos señalan haber recibido cartillas y preservativos.

Considerando la importancia que tiene la asociatividad, tanto a nivel nacional como internacional, las organizaciones se vinculan, además de la red ASOSIDA, a otras instancias similares.

Entre estas instancias se mencionaron la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina – ASICAL, la Unión Latinoamericana de Jóvenes; la Red Centroamericana de Trabajadoras Sexuales; Vivo Positivo y la Fraternidad Ecuménica.

En opinión de las organizaciones, participar en dichas instancias es muy positivo, dado que permite su fortalecimiento, se generan alianzas estratégicas para la incidencia política y la realización de trabajo conjunto.

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

Actualmente, sólo una de las organizaciones consultadas participa en mesas técnicas del MINSAL para las políticas de prevención del VIH/SIDA y las ITS. Las otras cuatro no lo hacen.

Tres organizaciones señalan haber participado en mesas técnicas (consejería y de campañas de prevención) realizadas durante el gobierno anterior. Lo valoraron como una buena experiencia, haciendo hincapié en que los resultados de este trabajo no se han visto reflejados en la política pública.

Respecto de las dificultades que enfrentan las organizaciones para realizar sus trabajos preventivos, mayoritariamente coinciden en mencionar que principalmente esta representada por la falta de recursos financieros. Otras dificultades mencionadas se refieren a que existe poca voluntad política en las nuevas autoridades para desarrollar el tema, la falta de campañas comunicacionales de prevención permanentes, la represión de Carabineros a las trabajadoras sexuales y la falta de materiales informativos.

- *“Apatía de las personas y la no existencia de una campaña preventiva permanente.” (Pastoral Ecuménica).*
- *“Pocos recursos para la prevención; falta de campañas preventivas específicas y la invisibilización de poblaciones más afectadas, entre otras.” (MUMS).*
- *“Falta de recursos, represión de la policía a nuestras mujeres, problemas con documentación con mujeres migrantes entre otras dificultades.” (Fundación Margen).*
- *“La mayor dificultad en la falta de recursos y de voluntad política.” (RED OSS).*
- *“Falta de materiales para población migrante, y de espacios para desarrollar actividades.” (Comité de Refugiados Peruanos en Chile).*

Respecto de los aciertos de sus organizaciones en la realización del trabajo preventivo, todos los entrevistados manifiestan que lo más significativo está representado por haber mantenido el contacto con su población objetivo, la continuidad de la consejería, la experiencia adquirida por largos años con un discurso preventivo inclusivo, no discriminatorio y con fuerte énfasis en los derechos humanos.

- *“Mantener contacto con los internos y la realización de talleres.” (Pastoral Ecuménica).*
- *“Mantener discurso preventivo en la población GLBT, la consejería y atención psicológica y la participación en investigación.” (MUMS).*
- *“Mantener el trabajo entre mujeres, desarrollar más experiencia y tener más credibilidad.” (Fundación Margen).*
- *“Mantener la consejería y tener experiencia y credibilidad en la prevención.” (RED OSS).*
- *“Validación en materia de DDHH con la población migrante y el trabajo de acceso a la salud.” (Comité de Refugiados Peruanos en Chile).*

Tres de las cinco organizaciones consultadas señalan conocer la política actualizada de prevención del VIH/SIDA y de las ITS. Ninguno de los entrevistados profundizó sobre la misma.

Respecto de sus postulaciones a fondos concursables para la prevención, dos de ellas señalan haber postulado a fondos, sin obtenerlos buenos resultados. Las otras tres organizaciones señalan haber obtenido fondos durante los años 2010 y 2011, provenientes distintas instituciones como la DOS, Fondo Alquimia, INJUV y SENADI. Esos fondos se orientaron a acciones y temáticas distintas al VIH.

Dos de las organizaciones consideran que ha habido cambios en la política de prevención del VIH/SIDA y las ITS. En el caso de organizaciones que participaron en el estudio de prevalencia CHIPREV¹⁷, afirman que a la fecha no se han incorporado sus resultados en la campaña pública de prevención. Opinan que la el establecimiento de la mesa técnica de trabajo en el MINSAL, ha sido producto de la presión de las organizaciones civiles.

Dada las condiciones en las que se encuentran las organizaciones sociales, preguntamos si han notado cambios en la relación con el Estado. Algunas perciben cambios drásticos en esta relación.

En opinión de la Pastoral Ecueménica, *“hay un divorcio”* debido a *“los cambios de la CONASIDA”*. Hay además, *“problemas de dinero”* y *“poca participación de las organizaciones de la sociedad civil”*. Por su parte el MUMS afirma que *“no ha habido cambios”*. Considera que *“no hay participación de las organizaciones de la diversidad”* y no nota *“avances concretos”*. A juicio de la Fundación Margen *“no hay comunicación fluida”*. Afirma que *“no están todos los actores en la mesa de trabajo”*.

En cambio para REDOSS ha habido cambios, *“producto de la instalación de la mesa de trabajo, hay cambio de actitud de las autoridades”*.

Por su parte el Comité de Refugiados agrega que *“en las últimas campañas no aparecen las poblaciones migrantes”*.

Respecto de la consejería, todos los entrevistados manifestaron la necesidad de mantener su desarrollo y aplicación. Dos de ellas la han desarrollado por largos años, con distintos recursos y experiencia. Se valora como un espacio donde se entregan herramientas y permite abordar distintas situaciones que enfrentan los consultantes. Consideran que la consejería es un espacio de acompañamiento en momentos de crisis, que permite hacer una evaluación de las acciones y facilita la toma de decisiones. También se la valora como una instancia de educación para quienes se acercan a las organizaciones.

Respecto de la opinión de infectólogos que plantean que el examen debiera hacerse en forma masiva, las organizaciones opinan lo contrario, pues no consideran que el examen sea una medida preventiva. Afirman que sólo sirve para conocer la situación de salud actual del consultante, que es sólo evaluativa y que no influye en la disminución de la transmisión del virus. Para ellos, esa mirada ha obviado algunas situaciones más complejas como la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales.

Frente a la consulta sobre las propuestas de iniciativas y acciones que harían al MINSAL para mejorar la política de prevención del VIH/SIDA y las ITS los entrevistados manifestaron que aumentarían el presupuesto; realizarían una campaña comunicacional permanente con lenguajes claros, directos, que considere las especificidades de todas las poblaciones; fomentarian la

¹⁷ CHIPREV. Estudio de Prevalencia del VIH/SIDA en población homo-bisexual; ONUSIDA - Chile, 2009.

participación de todos los actores, el fortalecimiento de la consejería, y vigilarían el cumplimiento de todos los pactos y tratados internacionales firmados por el Estado Chileno.

4.2. Instituciones del Estado

Además de la valoración de las organizaciones sociales, mediante la aplicación de cuestionarios, se indagó la opinión de algunas funcionarias de instituciones públicas integradas a la respuesta nacional al VIH/SIDA y a la estrategia intersectorial.

Al respecto, es preciso señalar que hubo hasta el año 2009, de acuerdo al informe UNGASS 2010, convenios de trabajos formales e informales del MINSAL con cinco sectores del Estado. El propósito de estos acuerdos era ampliar la cobertura para sensibilizar a la población respecto del VIH/SIDA y fortalecer las iniciativas de prevención/atención integral de la población en general y de quienes viven con el virus del VIH/SIDA. Mediante estos acuerdos se ampliaron claramente las coberturas.

Se realizaron investigaciones, se produjeron materiales educativos, se amplió la cobertura de sensibilización respecto del tema, se ofrecieron insumos para la prevención a personas privadas de libertad, a jóvenes, hombres y mujeres, se ofrecieron programas de educación en sexualidad en escuelas y liceos, a apoderados, se formaron profesores, profesionales y funcionarios de las instituciones participantes de estos convenios.

En efecto, Gendarmería de Chile, SERNAM, INJUV, Ministerio de Educación y SENAME contaron con acuerdos de trabajo que se fueron debilitando en los últimos meses de la administración de Michelle Bachelet. En la actualidad no se tiene certeza respecto a la continuidad de estos acuerdos.

Gendarmería de Chile, es la única institución entre las mencionadas, que mantiene sus líneas de trabajo en prevención y atención integral. El INJUV sólo promociona la información respecto de los puntos de atención para jóvenes y adolescentes. El MINEDUC, el presente año no tiene ninguna línea referida a sexualidad ni siquiera en los temas de trabajo transversal del currículo. No hay información sobre la continuidad del convenio de trabajo entre el SERNAM y el MINSAL, ni de las propuestas de SENAME.

Las poblaciones prioritarias tales como: mujeres, niñas y niños, jóvenes y adolescentes y personas privadas de libertad; se ven ampliamente desfavorecidas con esta disminución del quehacer intersectorial de la política de prevención. Sin duda el fortalecimiento de la respuesta nacional al VIH y SIDA requiere rearticular los acuerdos y líneas de trabajo intersectorial.

4.3. Grupos de Discusión

Con el afán de profundizar el análisis y la valoración de la actual política de prevención del VIH, el Observatorio convocó a tres grupos de discusión con personas de vasta experiencia en el diseño e implementación de la estrategia, el desarrollo de herramientas y acciones preventivas, como la consejería. A continuación se presenta el análisis de los tres grupos de trabajo.

- **Grupo de Discusión: Política Pública de Prevención del VIH/SIDA.**

Participantes:

- Rodrigo Zúñiga; Trabajador Social. Ex coordinador de prevención del VIH con población universitaria a través de la Red UPRA entre 2004 a 2007.
- María Soledad Vidal. Tecnóloga Médica. Funcionaria de Gendarmería de Chile, encargada del Programa Nacional de Control y Prevención de ITS VIH/SIDA de GENCHI.
- Carlos Salinas; Terapeuta Ocupacional. Coordinador CRIAPS de la SEREMI de la Región Metropolitana.
- Luz María Yaconi. Terapeuta Ocupacional. Directora de la Fundación Savia.
- Marco Ruiz Técnico Jurídico. Integrante del Equipo Observatorio.
- María Elena Ahumada. Psicóloga.
- Víctor Parra. Consejero. Integrante del Equipo Observatorio Fundación Savia.

El grupo de discusión se realizó el 31 de mayo de 2011. Se inicia con una breve presentación del Observatorio y la exposición de antecedentes vigentes sobre los lineamientos internacionales y nacionales de la política pública de prevención del VIH/SIDA. Finalmente se proponen preguntas guías para orientar la discusión.

- De estos lineamientos internacionales y nacionales ¿Qué es lo que se hace efectivamente hoy en día?
- ¿Dónde, cuándo, quién o quiénes, con qué financiamiento y de qué manera se realizan?

- **Reflexión sobre los cambios en la estructura estatal encargada del VIH/SIDA a nivel nacional**

Originalmente la Comisión Nacional del SIDA, fue definida como una mesa de carácter interministerial, conformada por representantes de distintos ministerios, convocados a asumir funciones y responsabilidades específicas, lo que no se estaba cumpliendo, dejando a la Comisión como una entidad autónoma, con la sola dirección del MINSAL quien determinaba su accionar desde la Subsecretaría de Salud Pública.

En un nuevo escenario se produce la reestructuración de la entidad encargada del tema a nivel

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

nacional. Se disuelve la CONASIDA a partir de la necesidad de clarificar sus alcances y objetivos y en su remplazo se crea el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA y las ITS.

A opinión de los participantes, el actual Programa ha tenido algunas dificultades en la definición de su dirección. Señalan que durante los últimos cuatro años, han cambiado varias veces a sus encargados, lo que genera una sensación de vacío, déficit en la coordinación de acciones, y desinformación.

“Entonces CONASIDA es eso ahora, y en este instante nuevamente está acéfalo, porque estuvo el Sr. Hurtado, luego pusieron a la matrona Peña Otárola y ahora está la Enfermera Ana María San Martín; algo ocurre allí. Y no ha habido reuniones, no han convocado... nosotros tenemos un convenio marco firmado, hicimos la evaluación del 2001 al 2005, del 2006 al 2010 y ahora la idea es prolongarlo. Desde el año pasado, en Septiembre que se hizo la evaluación y hasta ahora que se terminó en enero, el informe está durmiendo en el MINSAL Y MINJUSTICIA y ninguno de los dos firma, y ahí estamos.”

Se podría entender que, a poco más de un año de sumida el nuevo gobierno, ha habido cambios al interior del MINSAL, y en particular dentro del Programa Nacional de SIDA, pero no hay claridad sobre el circuito oficial para establecer vínculos con el Estado, tanto para las entidades que trabajan desde el intersector, como para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema.

• Reflexión sobre el abordaje del tema en el escenario regional

Dentro de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, también es posible distinguir cambios y ajustes para el abordaje del VIH/SIDA. En un esfuerzo por definir claramente las funciones de la SEREMI, en relación con la promoción, atención, vigilancia epidemiológica y cumplimiento del Código Sanitario, el abordaje del tema se concentró a través de la definición de un Programa específico.

“De alguna manera se recalificó nuestro equipo de trabajo que fue unidad, fue departamento y ahora es el programa de salud sexual reproductiva y prevención del VIH e ITS.”

El equipo quedó conformado por cuatro profesionales. Número insuficiente, considerando el requerimiento de dar respuestas a las necesidades de una Región que concentra la mayor cantidad de habitantes del país.

En dicho programa, junto al VIH y las ITS, se incluyen temáticas como salud sexual, embarazo adolescente y cáncer cervicouterino. Estas nuevas temáticas se abordan desde una mirada transversal, considerando la necesidad de incorporar el componente de salud sexual en todas y cada una de las etapas del ciclo vital de las personas. Esto representa un esfuerzo de la Autoridad Sanitaria Regional y de los profesionales que ahí trabajan, para potenciar a la SEREMI en todas las funciones que le competen.

“La vigilancia, que era lo que antes hacía el ex SESMA, es la función más reconocida de la SEREMI en el ámbito público y tiende a invisibilizar todo lo que hace en prevención y promoción en salud.”

Se reconoce un avance significativo, a través de la creación de un nuevo cargo al interior de la SEREMI de Salud, con dedicación exclusiva al VIH y la salud reproductiva. Esto determina la contratación de un profesional responsable de la coordinación de CRIAPS. Los otros profesionales del Programa, abordan los temas emergentes que se incorporaron, a través de la coordinación de mesas específicas de trabajo, dentro de las cuales se encuentra la de consejería, que cuenta mayoritariamente con la participación de los Servicios de Salud y algunas entidades del intersector.

“Siento que este nuevo estilo tiene coherencia y que aclara un poco el que hacer. Hay cosas nuevas y cosas que siento que hay que valorar, primero la creación de un cargo para el VIH y la salud sexual.”

Dentro de las acciones realizadas por el Programa, se reactivó el financiamiento de proyectos comunitarios, a través de fondos destinados a la Respuesta Regional Integrada (RRI). Se mantiene la modalidad asociativa para este trabajo, contando con la participación de los Servicios de salud, intersector y las Redes de la sociedad civil

“Si, sigue como fue siempre. La sociedad civil representada por las dos redes, participan hasta el proceso de focalización y de ahí quien elabora es el inter sector más los Servicios de Salud.”

En relación con los avances en esta línea, se determinaron los grupos y poblaciones beneficiarias, basado en datos del diagnóstico epidemiológico actual y de un diagnóstico participativo elaborado en conjunto con la sociedad civil durante el año 2008. El proceso de postulación se encuentra retrasado, dado que recientemente el equipo del Programa se encuentra desarrollando los términos de referencia para subirlos al portal Chile Compra.

Lo significativo es la disposición de la SEREMI para continuar apoyando el trabajo en prevención de la sociedad civil y la disponibilidad de fondos destinados a acciones de la RRI durante el 2011, situación que no fue posible concretar durante los dos años anteriores.

Se señala que a nivel regional, cada SEREMI aplica sus orientaciones y determina la forma en que canalizará dichos recursos. Si bien no se observan modificaciones de las políticas de prevención respecto de las poblaciones prioritarias, en la actualidad se ha considerado el trabajo dirigido a parejas serodiscordantes para el VIH.

“Esto de los fondos concursables representan un anhelo que tenía la sociedad civil, ya que hace dos años que no había plata para sustentar sus proyectos, dada la gestión de la subsecretaria Vega quien cercenó estos recursos, disminuyendo en un 90% del presupuesto 2009 para la prevención en la RM. Y el año 2010 tampoco hubo plata para estos fondos y la poca plata que se consiguió fue para mantener el CRIAPS y el CCD, que representaba también un dispositivo muy valorado por la sociedad civil.”

- **Reflexión sobre la participación del intersector en las acciones preventivas frente al VIH/SIDA.**

En general, la participación a nivel regional del intersector en las actividades de prevención está desarticulada. En el escenario actual, la entidad que mantiene un vínculo permanente con dichas acciones es Gendarmería de Chile, a través de la encargada del programa de atención a personas VIH positivas privadas de libertad.

A pesar de la convocatoria hecha a otras entidades de estado, tales como INJUV, SERNAM, CONACE, entre otras, para participar de la RRI, no ha habido respuesta. La participación de estos sectores se considera fundamental, dado que al no hacerse parte de la planificación de acciones preventivas a nivel regional, el abordaje de estos temas queda en el vacío dentro de las poblaciones atendidas por dichas entidades.

En el caso de las mujeres, a través de la indagación sobre las acciones del Servicio Nacional de la Mujer, se constata que no se conoce en qué estado se encuentra el Convenio Marco establecido entre esta entidad y CONASIDA.

“En SERNAM, en los últimos meses, se agregó a la familia dentro de la visión y la misión, lo que cambia su enfoque original. A la sujeta mujer, ahora se le incluye el rol materno y ese es un problema desde el punto de vista del enfoque, porque ahora las políticas preventivas serán dirigidas a un ámbito más bien familiar.”

Este cambio de enfoque del SERNAM representaría una dificultad en el abordaje, cobertura e importancia de la prevención del VIH y salud sexual de las mujeres en términos individuales. Al ampliar las temáticas de interés, incorporando los temas de familia, como la violencia intrafamiliar, el pre y pos natal, entre otros, se disminuye la posibilidad de profundizar las necesidades particulares de las mujeres en relación con el VIH y las ITS.

En el caso de la población juvenil y adolescente, tan significativa en la implementación de políticas preventivas, también es posible observar dificultades.

“Al consultar al MINEDUC nos informaron que no hay nadie encargado del tema y al consultar en INJUV nos enteramos que ya no hay programa de prevención, aparentemente.”

Se observa que en el ámbito de la educación, hay muy poco o casi nada de trabajo en el tema, ya sea a través del Ministerio o de la SEREMI de educación. Por otro lado, las acciones que INJUV desarrollaba, como las ofertas preventivas ofrecidas en los INFOCENTROS, están reducidas a su mínima expresión o bien ya no existen. Ambas situaciones resultan preocupantes -epidemiológicamente hablando- para un sector altamente prioritario para la prevención (niños y jóvenes).

“Puedo dar cuenta de una reunión en la que participé a fines del año pasado o principios de éste, recién asumida la encargada nacional, en donde, basados en resultados de la sexta encuesta juvenil¹⁸, se determinó que la mayor preocupación de este sector era

¹⁸ Sexta Encuesta Nacional de Juventud, INJUV, Septiembre de 2010.

el desempleo o la empleabilidad, y sobre esos ejes empezaron a trabajar.... quitaron el tema de salud sexual y comunitaria, incluso todas las consultas y derivaciones que hace INJUV las absorbe el CRIAPS...no hay ni dispositivos ni encargados internos para ese tema.”

El tema de VIH pareciera no estar incluido en el que hacer de INJUV, ni siquiera está mencionado dentro de su WEB institucional. Al consultar a su encargada regional sobre esta situación, indicó que existe un trabajo conjunto con el Programa Nacional para establecer una línea de derivación de los jóvenes hacia los Servicios de Salud, lo que no estaría respondiendo a las necesidades preventivas reales de esta población.

Dentro del ámbito universitario, tampoco se observa en la actualidad un abordaje consiente del tema con la comunidad de estudiantes.

La experiencia pasada desarrollada por la Red Nacional Universitaria de Promoción y Autocuidado – UPRA-, marcó un hito importante en la instalación de la prevención del VIH dentro de esta población.

Las acciones de la Red UPRA se iniciaron como un proyecto de prevención de consumo de drogas en estudiantes universitarios en conjunto con CONACE, y que poco a poco fue incorporando el tema de la sexualidad y del VIH/SIDA dentro de sus actividades.

“Empezamos a trabajar en campañas del VIH/SIDA y a juntar pequeños fondos para poder funcionar, pero esto empezó a mermar por el poco interés de las personas que trabajaban. Políticamente, las universidades no lo veían como un tema relevante o importante. Trabajar con las personas con VIH, era como mal visto, a pesar de las experiencias de universidades grandes, que en sus propios centros médicos, atendían a estudiantes viviendo con VIH, y aun así, no había interés por generar espacios de prevención.”

La Red UPRA logró establecer trabajos asociativos con diversas entidades y organizaciones, entre otras, el CRIAPS, Vivo Positivo, ACCIONGAY, la CUDS. En algunas universidades, el tema quedó instalado a partir de voluntades personales que siguieron adelante. Si bien la Red se mantiene hoy en día, su temática principal es la prevención del consumo de drogas, perdiéndose el tema del VIH y de la sexualidad.

“Los temas de autocuidado no son de interés, en la medida en que no afecten las matriculas para algunas universidades. Quedamos también con esa sensación, que si no afecta el tema de las arcas de las universidades no es tema.”

- **Reflexión sobre las acciones, sus avances y retrocesos observados en la actualidad en los ámbitos generales de la prevención del VIH/SIDA**

Sobre algunos elementos mencionados anteriormente, como la demanda de consultas por parte de la población joven absorbidas por el CRIAPS, surge la interrogante acerca de lo que sucede con el FONOSIDA.

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

En la actualidad el servicio está en funciones, bajo la responsabilidad de Salud Responde, que es parte del programa de atención de salud remota del MINSAL. Anteriormente existió un FONOSIDA, como un servicio que ofrecía atención a través de consejeros telefónicos especializados y formados específicamente para desarrollar esta labor. Hoy ha cambiado, dejando la sensación de su desaparición y la idea que representa otro tema más donde se produjo retroceso.

“FONOSIDA funciona desde el programa Salud Responde. Parece que no hay fondos, no hay personas encargadas, operadores exclusivos del FONOSIDA. Pero se supone que los operadores deberían conocer el tema.”

Los programas de sexualidad propuestos para el abordaje del tema en las comunidades educativas, representa una oportunidad desde el punto de vista de algunos de los participantes de este grupo de discusión.

“Yo espero, y siento que ahí hay una oportunidad para que la gente que trabaja en el ámbito de la salud sexual y de la prevención, sea convocados a la reflexión en los establecimientos educacionales.”

Organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el tema, desarrollando, proponiendo e instalando intervenciones preventivas dirigidas a comunidades educativas en sus sectores, no son consideradas ni invitadas a participar de este proceso.

“Sin embargo y en relación con el tema que nos convoca, me tocó apoyar en la capacitación de facilitadores de uno de estos programas y la verdad es que la prevención del VIH es abordada de manera tangencial.”

“Allí se presenta una dificultad mirando cómo se está diseñando la política. Las oportunidades estarían en el abordaje, pero lo que está en crisis es la falta de participación de la sociedad civil.”

Frente a este tema, surgen también opiniones distintas dentro de este grupo, señalando que se perciben más como un afán de dar respuesta a la demanda, por el sólo hecho de cumplir con un compromiso.

“Tengo una visión más pesimista con respecto a estas propuestas, ya que representan la mercantilización del tema, y que tienen que responder a las necesidades educativas y no sé si respondan a las demandas reales de la sociedad. Creo que estas necesidades incluso pueden ser pseudo creadas, que no han sido resueltas.”

“Es preferible seguir luchando para tener una respuesta a lo que uno piensa y cree. En libertad de decisión y no en un marco inducido por otros. Al mirar los programas de educación sexual se ve que responden a la normatividad. La discusión no se va a dar en el plano abierto de la reflexión, reconociendo la libertad de los sujetos y sujetas de decidir vivir como quieran.”

- Reflexiones finales de los participantes.

“Hay cosas que no fueron solucionadas por la Concertación, y creo que tampoco las va a solucionar la Alianza. Pensando en el dispositivo CRIAPS, hoy tiene un coordinador que es un cargo, sin embargo, a junio aún no se contrata al resto del equipo. En relación a los programas de educación sexual en los colegios, es tal el descalabro que provoca el desconocimiento, que de alguna manera las comunidades educativas van a necesitar una voz más avanzada en el tema, y creo que allí la sociedad civil, va a poder mostrar su valiosa experiencia. La representatividad de ASOSIDA y VIVOPOSITIVO tiene un impacto en el MINSAL, que quizás viene de antes, pero hoy también están presentes en una mesa, creadas por resolución, en donde están trabajando junto a los Servicios de Salud, y algunos Ministerios.”

“...no conocía de la existencia de esa mesa...desde las nuevas autoridades que tomaron el Ministerio de Justicia, el único interés es que la población penal se mantenga encerrada. La cuestión de la salud, no es considerada. En el actual gobierno, de parte de las autoridades es posible observar un estancamiento. Durante el 2009 no hubo acceso a condones, el 2010 se entregó un excedente correspondiente al año anterior. A junio de este año, recién entregaron 15 mil, esto no representa ni el 0.1 % de lo que requerimos, y dentro de la institución no existe posibilidad de comprarlos. Por tanto, para mí ha habido un retroceso, y hemos tenido que hacer prevención solos. El informe UNGASS del 2010 que trabajamos en conjunto, se ve súper bonito en el papel. Es impresionante verlo y compararlo con la realidad que vivimos.”

“No conozco como están los programas de trabajo hoy en día, sin embargo considero que las situaciones que tienen que ver con los mundos juveniles o público general, no son programas que tengan proyección. Creo que esto no se está dando con ninguna de las poblaciones objetivo. Las propuestas de sexualidad se están externalizando y caben dudas sobre éstas por parte de las comunidades. En el ámbito juvenil no se observan propuestas creativas para abordar el tema. Tampoco se ve en las instancias de educación superior (universidades e institutos). Hay una serie de elementos que no se consideran, como jóvenes no vinculados a los espacios educativos, que se encuentran más marginados que no aparecen ni siquiera en los diagnósticos dirigidos a jóvenes. Creo que tampoco hay una reflexión profunda. La encuesta nacional da cuenta de algunos elementos que pudieran servir de entrada, pero son tan genéricos y amplios, que se pierden.”

- **Grupo de Discusión: Instalación de la consejería en VIH dentro de la estrategia nacional de prevención.**

Participantes:

- Ximena Solar; Psicóloga. Ex integrante del equipo de prevención de CONASIDA.
- Juan Francisco Gatica; Activista. Miembro de Red OSS y de la Coordinación nacional de ASOSIDA.
- Víctor Parra; Consejero y formador de consejeros en VIH/SIDA. Ex Coordinador del Centro de Detección y Consejería – CCD RM, miembro equipo Observatorio Fundación Savia.
- Luz María Yaconi. Terapeuta Ocupacional. Directora de Fundación Savia.
- Marco Ruiz Técnico Jurídico. Integrante del Equipo Observatorio.
- María Elena Ahumada. Psicólogo. Integrante del Equipo Observatorio.

El grupo de discusión se realizó el 24 de Junio de 2011. Se inició con una breve exposición sobre aspectos técnicos de la consejería, antecedentes generales de su instalación dentro de la estrategia nacional de prevención. Se propusieron las siguientes preguntas guías.

- ¿Por qué la Consejería se considera una estrategia de prevención?
- ¿Cuáles son las dificultades actuales para mantener esta estrategia?
- Considerando los cambios de contexto sociocultural que inspiró la consejería, ¿piensan ustedes que es aún indispensable esta estrategia?
- ¿La evaluación y gestión del riesgo, constituye a su juicio, un obstáculo o dificultad para acceder al examen ELISA para VIH?
- ¿Qué se necesitaría hoy para fortalecer la consejería y mantenerla como una estrategia preventiva?

- **Propuesta de establecer dos estilos de consejería.**

Analizando la propuesta del Programa Nacional de VIH sobre la modificación del modelo de consejería en el ámbito de la salud pública¹⁹, se pueden distinguir entre una consejería asociada al examen y una consejería para la prevención.

Se considera dos tipos de usuarios entre la población que accede a los Servicios de Salud: quienes buscan una orientación sobre prevención pero no saben que existe consejería, y que, al momento de solicitar el examen, aprovechan la instancia para acceder a ella, y quienes no sienten la necesidad de pasar por ese proceso.

En el escenario actual se considera y respeta la demanda de usuarios que sólo quieren conocer su situación serológica, sin profundizar en temas preventivos.

¹⁹ Surge a raíz de la situación generada por casos VIH no notificados en 2008. Ampliar la detección temprana del VIH/SIDA.

“Puede ser que una persona que quiera acceder al examen no le interese y hasta le moleste, que alguien le pregunte qué hace sexualmente, con quién y cómo, o bien, una persona que accede en más de una oportunidad al examen, ya no tenga la necesidad de profundizar en los temas que propone la consejería.”

Dentro de la estrategia inicial de la CONASIDA para la implementación de los programas de consejería en los Servicios de Salud, no se consideró esa alternativa.

“Quizás fuimos majaderos en intentar mezclar dos cosas que no necesariamente van juntas.”

Así entendido, la propuesta actual de distinguir entre consejerías asociada al examen y para la prevención, resulta comprensible. No obstante, se requiere que la consejería asociada al examen se realice bajo estándares de calidad, considerando los elementos básicos definidos para ello: entrega de información oportuna, la evolución del período ventana, la preparación de la persona para la recepción del resultado, y la preparación técnica adecuada de los profesionales que la realizan. Con todo, la oferta de consejería para la prevención debiera estar disponible para los usuarios que la requieran.

Desde la experiencia de la sociedad civil, la mirada es distinta. Se reconoce la consejería como un modelo de intervención social integrada a una estrategia de prevención, en la medida que fortalezca las competencias preventivas de quien consulta. Incluso para quienes sólo buscan la toma del examen.

“Cuando una persona accede al programa queriendo sólo el examen, y se le ofrece este servicio, generalmente accede sin inconvenientes, y finalmente logran percibir que es un espacio donde pudieron plantearse cosas que antes no habían considerado.”

Esto demuestra la necesidad de fortalecer la consejería como estrategia preventiva, ya sea vinculada al examen VIH, o a otra situación que esté afectando a quien consulta. Puede tratarse de otra situación de salud que requiera de este tipo de intervención, por ejemplo, la reducción de daño.

La consejería es un espacio fundamental para poblaciones vulnerables. Abre la posibilidad de dar respuestas a necesidades de tratar ciertos temas que son poco abordados en otras instancias, percibidos generalmente como alejados de la moral oficial, como el sexo o expresiones de la sexualidad. Como espacio privado, alternativo y a resguardo de la mirada de la institucionalidad que tiende a encasillar a las personas, es que se considera necesaria esta intervención como un espacio preventivo.

“Por lo que ha sido posible observar, el sector salud está mirando dos cosas distintas; una es el consentimiento informado para el examen y otra es la consejería.”

Se requerirá entonces generar espacios de educación en salud, fuera de los contextos formales, que permitan potenciar las competencias preventivas de la población, desde una mirada más amplia, asumiendo las diversidades socioculturales, donde la sexualidad sería un eje central.

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

“Al parecer, la sociedad civil en general, organizaciones, academia y cualquier otra instancia que trabaje el tema del VIH, no ha sido capaz de reflexionar profundamente sobre este fenómeno y lograr construir una respuesta política que considere los cambios culturales que venimos enfrentando en los últimos años, como la apertura social a ciertos temas, la movilización ciudadana, el establecimiento y utilización de las redes sociales virtuales.”

A través de la experiencia recogida por el Centro de Consejería y Detección del VIH – CCD Región Metropolitana, donde se atendía un promedio de 120 personas al mes, era posible observar un bajo porcentaje de resistencia a la consejería. Si bien la mayoría de las personas accedían a este servicio motivadas por el examen, la invitación a reflexionar sobre temas de difícil abordaje en otros espacios, hacía sentido a los consultantes.

“Generalmente se interesaban, reconociendo que lograban profundizar en aspectos de su vida que no habían considerado con anterioridad. Situaciones o experiencias a las que no le habían dado importancia, o bien, que visualizaban desde otra perspectiva.”

Algo similar ocurría cuando se sugería no tomar el examen y esperar completar el período de ventana para evaluar efectivamente la situación serológica. Un porcentaje importante de personas regresaba a tomarse la muestra.

“A través de sus relatos, se pudo constatar en esos casos, que el tiempo de espera, fue para ellos un espacio de profundización de algunas reflexiones surgidas en la consejería inicial, y les permitió avanzar en la construcción de su estrategia individual de prevención, probarla y evaluarla, en situaciones en que les era difícil establecerla.”

Esta experiencia fortalece la idea que una consejería asociada al examen no tendría que estar necesariamente separada de una consejería de prevención. Se puede observar, cómo una persona que sólo busca acceder al examen, puede llegar a incorporar la reflexión de temas que no había considerado, ya sea por sesgo en el manejo de información, por desconocimiento o por sus creencias personales.

Una consejería que incorpora ambos elementos -acceso al examen y abordaje de la prevención- se transforma en una estrategia preventiva frente al VIH, facilitando a las personas desarrollar sus propias competencias requeridas.

• Casos VIH no notificados en el 2008

La situación de casos VIH no notificados, que salió a la luz pública durante los últimos meses de 2008, tuvo una fuerte repercusión en la opinión pública.

Como efecto de este suceso, ocurrió una desvaloración respecto de la consejería en VIH. Esta fue considerada como una de las principales causas de esta situación. El argumento utilizado se sintetiza en afirmar que el acceso al examen de estas personas habría sido más dificultoso por la exigencia de pasar por el proceso de consejería.

En cierta medida el Estado acogió estos argumentos -técnicos y políticos-, y propuso soluciones basadas en una estrategia de aumento del número de detecciones tempranas. Surgió la idea de proponer examen masivo para el VIH, con un acompañamiento reducido en tiempo, que no centrara su objetivo en la evaluación individual del riesgo, sino en la pesquisa clínica que permitiera una notificación oportuna de los casos. El complemento preventivo disminuye para favorecer un mayor control epidemiológico y estadístico de la epidemia.

“Todos esos casos correspondían a usuarios atendidos en Servicios de Salud ya sea público o privados, pero ninguna de ellas pasó por un programa de consejería de alguna organización de la sociedad civil.”

En opinión de los participantes, la mayoría de quienes enfrentaron esta situación, no tuvieron acceso a consejería en su proceso de evaluación, o bien, su atención fue insuficiente. La falta de consejería habría incidido en esa situación.

“Es muy probable que, de las 500 personas -número de casos que se maneja que no fueron notificados-, muchas de ellas hubiesen sido notificadas y no hubiesen llegado en etapas tan avanzadas de deterioro de su salud, si hubiesen recibido consejería.”

De acuerdo a la experiencia del CCD²⁰, el seguimiento de casos ordenado por el MINSAL para visualizar esta situación a nivel de la Región Metropolitana, se constató que el 90% de los usuarios atendidos en ese Centro que no retiraron su resultado positivo para VIH, fueron notificados posteriormente en otros centros de salud.

“Si bien la persona pudo sentir que cuando solicitó examen no era el momento más adecuado para conocer su resultado, el apoyo en el desarrollo de sus competencias preventivas, facilitó su decisión de conocerlo en otro lugar, en un momento mas propicio.”

La mayoría de los casos emblemáticos que enfrentaron esta situación, refieren a personas que accedieron al examen a través de atenciones ofrecidas en Bancos de Sangre, lugar poco adecuado para la consejería, dado que dichos centros cumplen otros objetivos sanitarios.

Hubo otros casos en que la causa de esta situación, no se debió a mala atención de consejería, sino un mal manejo de profesionales clínicos encargados de brindar la atención.

“En el caso de una mujer que fallece en Iquique, hubo negligencia médica. Fue internada en varias oportunidades sin que los profesionales consideraran la necesidad de solicitar el examen para VIH, aunque estaba en presencia de infecciones oportunistas marcadoras de SIDA.”

²⁰ Centro de Consejerías y Detección para el VIH de la Región Metropolitana.

• Modelos de consejería aplicados en la actualidad el ámbito de la salud

La ejecución de los programas de consejería se manejaba desde distintas instancias. Si bien en la práctica correspondía a una función de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es decir, a atención; la coordinación técnica y financiera se regía desde la Subsecretaría de Salud Pública, es decir, prevención.

Actualmente, la implementación funcional y técnica de la consejería es asumida por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esto cambia su eje central, pasando a ser una prestación asistencial dedicada a la detección del VIH y a la atención de personas ya diagnosticadas. De esta manera, su componente preventivo efectivamente desaparecería, en la medida en que la Subsecretaría de Salud Pública se mantenga al margen y no represente un actor que elabore y proponga aspectos más amplios para su aplicación.

“La lógica que aplica un médico, respecto que la consejería tendría que ser breve y acotada, es correcta. Podría ser rebatible, pero responde a la lógica de una atención en salud.”

El último informe del Ministerio de Hacienda sobre el VIH/SIDA 2009/2010, aborda el tema de la consejería como estrategia de prevención irrenunciable, con la salvedad que sólo hace referencia al ámbito de la salud y no al de las acciones de la sociedad civil. Señala también que debe ser aplicada con todos los requerimientos técnicos y en todas sus modalidades.

Uno de los temas que se debate en la mesa técnica para VIH (respuesta gubernamental frente a la situación de desabastecimiento de medicamentos para el VIH), que se constituye con la representación de todos los estamentos de salud²¹, y representantes de las Redes la sociedad civil, es la mantención de los servicios de consejería en VIH. Ese debate surge a partir del planteamiento del Comité de Expertos²² que propone eliminar la consejería asociada al examen, frente a lo cual, representantes de la sociedad civil, con el apoyo de ONUSIDA, plantean una contrapropuesta.

“Se trata de acreditar la consejería, perfeccionar y profesionalizar su aplicación, a través de metodologías educativas e instancias académicas que pueden validar a todos los consejeros del sistema de salud y del extra sistema. No está considerada su eliminación como prestación. Quedó planteada como una necesidad de los usuarios, argumento que fue recogido por la mesa, considerando que las personas que pasaron un proceso de consejería, se encuentran mejor preparadas al momento de ingresar a los programas de atención, en comparación con aquellas que no lo hicieron.”

“La acreditación de los consejeros es un tema complejo. Requiere definir qué actor puede acreditar los consejeros y con qué objetivo.”

“Si hablamos de consejería como counselling, la acreditación le correspondería a alguna institución académica de psicología.”

²¹ CENABAS, Programa Nacional, FONASA, ISP.

²² Equipo clínico convocado por el MINSAL el 2009 para dar respuestas oportunas a la situación de subnotificación del VIH durante el 2008.

- **Modelos de consejería aplicados en la actualidad el ámbito de la sociedad civil**

La consejería en VIH desde la sociedad civil surgió en nuestro país mucho tiempo antes que en los espacios formales de Salud.

El intento realizado por CONASIDA durante el año 2005, de elaborar y definir un modelo específico para la consejería aplicada desde la sociedad civil en el marco del proyecto del Fondo Global, tuvo como objetivo validar la experiencia de las organizaciones que la realizaban, unificar criterios y fortalecer sus acciones. Estos programas requieren mantener la independencia en su quehacer y en lo posible, en su auto gestión.

“Es necesario potenciar la particularidad y complementariedad que tienen los servicios de consejería de la sociedad civil. Se podría establecer un espacio propicio para fortalecerlos. La consejería desde la sociedad civil no puede ser homologada a la que se realiza dentro de los sistemas de salud. Se definió un modelo específico para el desarrollo de esta actividad en este ámbito. Por tanto, no tiene sentido comparar ambas acciones y es peligroso dejar la acreditación y validación de los consejeros formados por la sociedad civil en manos del Estado. La consejería ofrecida por pares tiene una lógica, objetivos y sentidos distintos para el usuario.”

Los servicios de consejería ofrecidos por organizaciones de la sociedad civil, han enfrentado dificultades. La mayoría de ellos están sin financiamiento estatal, pero han seguido funcionando por el convencimiento de que son necesarios.

ACCIONGAY enfrentó una dificultad en su programa de toma de muestras, relacionada con el ajuste de especificaciones técnicas propuestas en el manual de procedimientos para toma de examen de VIH, en el que se establecieron normas complementarias, con las que ellos no cumplían. Fue una exigencia del laboratorio con que mantienen convenio para procesar las muestras de sangre. Situación que fue superada a través del establecimiento de un convenio directo con el Hospital San Boja, sin pasar por Banco de Sangre.

RED OSS, enfrentó una fiscalización técnica realizada por la SEREMI de Salud producto de la situación vivida en ACCIONGAY.

“Pero esto no afectó nuestro servicio de toma de muestras. Actualmente estamos gestionando un convenio directo con el Hospital, lo que permita una relación directa, sin pasar las muestras por el consultorio.”

En regiones, ACCIONGAY de Valparaíso también mantiene su programa de consejería. Además existe la propuesta de un proyecto OPS que pretende replicar la experiencia del CRIAPS en Arica, con el fin de ofrecer un servicio de consejería y toma de muestra en conjunto con la sociedad civil.

“Si bien el CRIAPS RM, mantiene su Centro de Consejería cerrado. En la mesa técnica se discutió y está en proceso de reapertura, eso ya está definido.”

Grupo de Discusión: Experiencias de Consejería

Participantes:

- Claudia Rodríguez, Consejera. Ex integrante del equipo de FONOSIDA.
- Elizabeth Uauy, Terapeuta Ocupacional, Integrante del Directorio de Fundación Savia.
- Jessica Lillo. Asistente Social. Consejera. Integrante del equipo de Salud del Hospital Sotero del Río e Integrantes de la mesa Intersectorial de Prevención del VIH/SIDA y temáticas asociadas de la Zona Sur Oriente Región Metropolitana.
- Agustina Morales. Asistente Social. Consejera. Integrante del equipo de Salud del Hospital Sotero del Río e Integrantes de la mesa Intersectorial de Prevención del VIH/SIDA y temáticas asociadas de la Zona Sur Oriente Región Metropolitana.
- Marco Ruiz. Técnico Jurídico. Integrante del Equipo Observatorio.
- María Elena Ahumada. Psicóloga. Integrante del Observatorio.

El grupo de discusión se realizó el 1° de julio de 2011 El Diálogo se inició expresando la preocupación del grupo por el FONOSIDA.

• El FONOSIDA y su rol.

“El FONOSIDA se terminó. Se había reducido bastante. Trabajábamos de 9 de la mañana a 9 de la noche... En los primeros años -97 y 98- la cuestión era contar con un equipo especializado en la prevención del VIH y con capacidad para orientar en las situaciones que se presentaban. Después de 10 años se redujo a un equipo de 3 personas y sin posibilidades de reflexionar acerca de la prevención, ni de cómo responder las inquietudes.”

Los participantes manifiestan su preocupación por la desvalorización de la política respecto de la prevención. Consideran que se pierde la posibilidad de levantar información y registro. No se aporta con esos datos a los contenidos de las campañas, ni el público al cual dirigirlas (población heterosexual o a la diversidad sexual). Coinciden en señalar que es difícil para el gobierno abordar un tema tan complejo. Por eso no hubo definición al respecto. Sólo se abrió una página para consultas.

“...había un periodista que contestaba las consultas y él nos preguntaba a nosotras cómo y qué contestar, pero él era una persona superior a nosotras... La respuesta preventiva se restringe. Si llamaba algún joven que decía que estaba teniendo relaciones sexuales, había que recomendarle que no tuviera relaciones sexuales. Que el preservativo no era 100% seguro. Que las prácticas lesbianas podían transmitir el virus del VIH. Así se respondía en la página quientienesida.cl.”

“Llamaban al FONOSIDA hombres adultos, mayores de edad, casados, con hijos, que tenían prácticas sexuales con personas heterosexuales y homosexuales. También consultaban personas que consumían drogas, alcohol, y que se relacionaban con

personas que ejercen comercio sexual, con hombres heterosexuales, y con hombres gay.”

Frente a este tema, el grupo lamenta la baja promoción del FONOSIDA, pues los hombres no se acercan tanto al servicio de salud. El FONOSIDA ayudó a mantener más informados a esos hombres.

“...aportábamos al responder esas inquietudes. ...se apoyaba a personas que estaban en crisis. Pero eso no salía en ninguna parte.”

“...nosotros estábamos para atender a mujeres en periodo de fertilidad. Ni siquiera salud sexual reproductiva para adolescentes o prevención. Solamente reproducción.”

El grupo conversó respecto de las condiciones actuales en que se ofrece consejería en el sistema público de salud. Hoy la consejería se hace más rápida -puede ser- por razones de mercado. Esa forma de atender se sitúa en las metas sanitarias (alcanzar productos) y en las metas de productividad, en los compromisos de gestión.

“... indicaban las matronas, que las atenciones estarían alrededor de los 25 minutos... en el segundo control de embarazo. Consejería y control en ese tiempo.”

“...corresponden más al marco de la atención clínica. Nosotros en el Sur Oriente hemos logrado mantener las alianzas con la sociedad civil y validar la formación de consejeros. ...por otro lado están esas orientaciones técnicas que te exigen que la meta debiera ser aumentar la cobertura y ojalá testear a todas las embarazadas. Todo Chile debiera hacerse el test, pero las atenciones deben ser breves en ese marco médico clínico que se ha instalado. Vemos dos enfoques: uno de consejería para la prevención y uno de consejería clínica que busca el consentimiento informado para el test. La eficacia va a ser: cuánta gente se tomó el examen del VIH.”

Coinciden en que la consejería que logra impacto es la que puede influir en la conducta de las personas, en los cambios para trabajar sus riesgos. Si hay resultado positivo, se trabaja la adherencia, y si es negativo, se ayuda a instalar las conductas preventivas.

“Hemos tenido apoyo de nuestro director para realizar la consejería para la prevención y trabajar aliados con las organizaciones civiles, formando consejeros para la prevención. Pero, de todas maneras, hay este enfoque que se está instalando... ¡Creyendo que si tomarse el examen y saber el estado serológico, fuera prevenirse!”

- **Hablar de prevención es hablar de sexualidad**

Se reflexiona sobre el amplio porcentaje de casos VIH adquiridos por la vía sexual (aprox. 95%). De ahí la importancia de la prevención. Se preguntan sobre la inversión en prevención y en el trabajo de la sexualidad.

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

“Es difícil. Para trabajar el tema de la sexualidad hay que tomar una posición. Se debe reconocer la diversidad sexual, que los jóvenes están teniendo relaciones sexuales, que las prácticas sexuales han variado y han aumentado, que se han ido extendiendo.”

Se reflexiona sobre como el tema VIH hizo evidente la diversidad sexual. Se conversa respecto de las conductas sexuales de los jóvenes.

“Hoy en el baño de las discotecas tienen sexo oral o sexo anal. Antes muy pocas lo practicaban. Hoy lo hacen para prevenir el embarazo.”

“Antes se habló del amor libre en la década del 60, en la de los 80 el sexo oral era lo máximo y ahora se han ido masificando.”

“...se habla siempre de prácticas heterosexuales y permanentemente se invisibilizan otros cuerpos.”

“La heteronormatividad es permanente, hegemónica, se impone.”

Se coincide en lo que se resguarda es la heteronormatividad. No se quiere reconocer que hay otra epidemiología. Se teme perder hegemonía.

“La negación del tema del aborto tiene por base la negación del libre ejercicio del cuerpo del otro, que puede ser distinto al que el mercado necesita para mantenerse y reproducirse.”

“...cuando hablábamos el tema de los HSH decíamos que había un eslabón difícil de capturar en términos de la epidemia. Con el tiempo el término HSH reemplazó en el lenguaje de la política oficial, el tema de la diversidad de los cuerpos. ...los homosexuales no están, aunque la mayoría de quienes viven con el virus son homosexuales.”

- **El devenir social y comunitario es tema al surgir y trabajar con las poblaciones diversas**

Se menciona una maduración de las organizaciones sociales, en la forma en que se van asumiendo los temas, también como los asumen las personas. Se considera que ha sido un fenómeno fuerte en lo social, económico, y en lo cultural, que se relaciona con la forma de vida y que cambia la estructura de cómo se ve el mundo.

“...algunas organizaciones civiles han caído también en ese modelo heteronormativo. ...las transgéneras no estaban incluidas, incluso han sido discriminadas. Tampoco integraban a toda la diversidad sexual.”

“La diversidad tenía límites.”

“Hay una presión para que todo el mundo se declare algo. Todos presionándonos para que tengamos una identidad.”

“El vaivén de la duda es peligroso. A quienes ingresaban a nuestra organización se les preguntaba. Más que definición, es un encasillamiento. Pero hay que pensar que la identidad sexual es un devenir. Hay nuevos emergentes, nuevos surgimientos y nos vamos pisando la cola permanentemente. Yo entendí que la consejería entre pares tenía que ver con un acercamiento a experiencias similares. Por lo menos salir del closet con mayores recursos, contando con una red de apoyo, es distinto de quien no lo tiene. La vulnerabilidad social, afectiva y política, es distinta.”

- **Respecto de la diversidad y el rol de la consejería**

Se reflexiona respecto de la falta de estudios que demuestren la eficacia de la consejería. No se sabe si hay algún estudio que establezca el impacto en quienes se les hizo consejería.

La eficacia de la consejería está demostrada en el mundo entero. Pero se necesitan datos técnicos. La propia política de CONASIDA se apoyaba en datos y avances científicos. No solo interesa la identidad, sino también los contextos. Es distinta la consejería según poblaciones, según las situaciones. La política del VIH y SIDA tiene que partir de la realidad.

El emerger de nuevas poblaciones, de nuevos grupos, tiene que ser parte de la formación de los consejeros. Antes un consejero estaba preparado para atender embarazadas, a lo más, un homosexual o una persona con varias parejas, pero hoy llega una persona transgénera que quiere que lo traten por su nombre, se instala y exige un servicio. Y ahí se desarma el consejero que no está preparado o preparada para estas nuevas situaciones emergentes. No es que aparezcan más personas, sino emergen las diversidades sexuales y sociales.

Si el consejero no está preparado, significa que el sistema de salud no está preparado. No está preparado el médico ni el psicólogo. Se requiere algo propio de la sociedad civil. La necesidad genera la respuesta. En todo proceso histórico ha sido así. El grupo está convencido que se debe asumir que nunca se estará completamente preparado, que la educación es permanente.

En la consejería hay que centrarse en la pregunta. Hay dos elementos estratégicos: la escucha y la pregunta. ...la consejería no es el lugar de la sabiduría, sino el lugar de la pregunta.

- **Surgió el tema de la ética en el quehacer del consejero/a**

Las y los consejeros son seres humanos insertos en historias de familias, de valores o de modelos. Pueden confrontar sus propias vidas con nuevas realidades.

“Si solo instalo consejeros para el ámbito clínico, y no se confrontan, no se cuestionan cómo viven su sexualidad, sus ideas, vivencias y rechazos. Si no lo hacen, no nos sirven. Enfrentar los propios prejuicios, la propia rigidez, es fundamental. ¡Es increíble que la mayoría de los funcionarios no tengan formación en sexualidad. Que en las

universidades existan carreras clínicas que no enseñen nada de sexualidad, ni de derechos sexuales y reproductivos!”

Por eso estos procesos son tan enriquecedores: se superan prejuicios de una y de otra parte, se van encontrando seres humanos y surge el diálogo.

“La sexualidad no es neutra y la salud, tampoco. Quien te atiende en la puerta no es neutro, tiene un pensamiento y lo va aplicar en cualquier momento. Algunos colegas se preguntan por qué le van a dar un curso a un administrativo que tiene que revisar el papel y chequear la previsión de la persona. Se contribuye a superar prejuicios.”

“Provengo de las organizaciones gay. Luego de capacitada como monitora en prevención, trabajé en FONOSIDA, primordialmente por una necesidad económica más que política. Como sabes, la situación de las personas homosexuales -en mi caso travestis-, teníamos pocas posibilidades de encontrar trabajo que nos diera alguna estabilidad. Eso me hizo visualizar que teníamos que trabajar adheridas al sistema de salud.”

“A mí, la consejería me ha dado la posibilidad de querer saber más, y verme a mí misma en el ejercicio del poder. Es un espacio de poder aunque sea consejería telefónica. No es tan neutra en términos de ser una escucha activa y horizontal. Hay que ser riguroso en ese sentido y describirla mejor. Siempre hay un poder ahí”.

• Voluntariado o profesionalización del consejero

Si se profesionaliza la consejería de la sociedad civil puede suceder que se transforme en un trabajo remunerado y por tanto, si el consejero se consigue un mejor trabajo, puede dejar la consejería. Como voluntariado, es muy sacrificado. Se recordó lo que hacen algunas ONGs con voluntariado (Fundación Margen con su trabajo de prevención en terreno, consejería dentro de la cárcel).

“...he quedado impactada al saber que formadores en consejería, por no cumplir con el perfil, o porque no era profesional...ya no están trabajando. Pero nos formaron. ¡Qué rabia no poder pagar a una persona que tiene toda una trayectoria!”

“Vemos a nuestros consejeros voluntarios con compromiso y entusiasmo. Nos damos cuenta que cumplir su pega es harto esfuerzo... y cumplen.”

No se pone en duda la necesidad e importancia de la consejería en una sociedad individualista como la nuestra. Sólo estar para escuchar es importante. Hay una necesidad impresionante de escucha, de tener un espacio, de contar con una persona a quien contarle lo que no se ha contado.

- **Arribando a conclusiones**

“Se necesita la consejería como un espacio de trabajo preventivo en lo privado, en lo más íntimo. Es muy útil.”

“Vemos que la consejería surge como una necesidad y como una filosofía de vida. Un modo distinto de mirar al ser humano, de relacionarse, de ser persona. A veces instalamos ciertos modelos, formas de funcionar, de actuar o de hacer la salud en estructuras. Al otro lado están los saberes populares, las herramientas que las propias comunidades se dan y que se han ido perdiendo. ¿Por qué no podemos ser todos potencialmente consejeros? Todo el mundo tiene la necesidad de escuchar al otro, de comunicarse. La consejería no solo para el VIH/SIDA. (La consejería) es más que una herramienta de prevención, para fortalecer la adherencia, para que las embarazadas se hagan el examen. Es también una actitud de vida, una forma de ser y de ver la vida, una misión.”

“...me tocó asumir el tema del miedo a la muerte. El “me voy a morir”. ...no tenía tanto que ver con el virus del VIH, sino con el cómo enfrente esto. Lo que me dicen que es muerte y que es terrible. Hay que preguntarse qué es salud ¿una línea recta, sin tener nunca un movimiento, una derivación, un sobresalto? Como si la salud fuera una línea que va desde que naciste hasta que te moriste. ¿Eso es ser humano? Es importante ampliar el concepto de salud.”

Apoyar las necesidades del otro es uno de los pilares de la consejería, y esa necesidad del otro no es necesariamente el virus.

“...y no es lo que te dicen que tiene que ser: una línea recta sin ningún accidente, ningún resfrío, ninguna complicación, ni mala adicción, sin riesgo. Hay que deconstruir la atención clínica, ese concepto de salud del enfoque clínico.”

“... la alternativa sería hablarlo todo. “Yo tengo este miedo” y ¿cómo se enfrenta el miedo? Diciéndolo, nombrándolo: ¡tengo miedo! Y eso es lo que las personas hacen en consejería. Tengo miedo... tengo vergüenza...”

“...una experiencia linda de formación de consejeros que no eran de la salud, sino personas de las organizaciones comunitarias y sociales, juntas de vecinos, grupos de mujeres, dirigentes sociales, dueñas de casas. Cincuenta mujeres de juntas de vecinos, organizaciones comunitarias y grupo de adolescentes. Si alguna vecina quiere hablar del VIH o preguntar sobre sexualidad, manejan elementos de consejería. Es una forma de instalar capacidades en las comunidades. La gente tiene también sus capacidades, y es solidaria...”

Se reflexionó sobre el trabajo de consejería, percatándose que nunca se evaluaba el empoderamiento que ocurre cuando se enfrentaba a la persona, en sus propias palabras. En ese proceso surge aquella dignidad para el cambio desde ese “no quiero vivir más así, con miedo”.

“La información acerca de la prevención la gente la tiene, pero necesita conversarlo con alguien.”

“...pero nadie debiera estar tan sola. A veces nos hacen creer que no podemos, por ejemplo a nosotras las travestis...”

- **Que pasa con las organizaciones**

Se valoró perversidad en el sistema que obliga a organizaciones a mantenerse con recursos. Hoy se ve a organizaciones que viven para generar proyectos, desnaturalizando sus causas originales e incluso llegando a ser empresas. Profesionalizándose y convirtiéndose en ONG exitosas. El mercado está siempre exigiéndoles y presionándolas.

“Uno siempre va evolucionando. Creo que quienes tenemos conocimientos debemos dejar un legado a personas que siguen. Ellas no lo van a hacer igual, pero harán que la tarea siga haciéndose cien veces mejor. Víctor nos formó a todos pero cada uno le va poniendo su sello.”

“Estaré aquí hasta que tenga que estar y después haré otro proyecto de vida. ...tenemos que estar preparados para lo que viene. Si tienes una causa, si eres activista, vas a hacerlo aquí y en la quebrada del ají. Donde estés estarás generando un espacio, un movimiento, buscando amigas y amigos para hacer algo.”

“La consejería debiera hablar sobre sexualidad, que siempre ha estado al debe. Una parte del ser humano que ha sido cercenada. El sistema no quiere hablar de sexualidad.”

“Si una señora llega a consultar porque su marido tiene VIH y se puede morir. ... nosotros dale con comentarle que su marido es bisexual... y a ella lo que le preocupa es que su marido se puede morir... pero nosotros dale con pautearle la vida a los demás.”

“Y lo más probable es que ella siempre lo supo... y es algo íntimo de ellos. Lo quiere como es y punto.”

- **La clave es la escucha activa, superar esa escucha selectiva.**

“Cualquiera puede ser consejero. ...nosotros integramos gente de las organizaciones, de las comunidades, dos o tres personas en cada taller de formación de consejeros. Y así hay tres más, cada vez.”

V. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

En síntesis, en la observación a la política de prevención se ha podido apreciar y concluir lo siguiente:

La estrategia de prevención del VIH y SIDA en Chile forma parte de un programa desarrollado por un Departamento del Ministerio de Salud, especializado en el tema. Dentro de sus objetivos está el cumplimiento de la planificación propia del plan de salud. El marco de realización de esta estrategia son los planes regionales de salud pública, donde se incluye la respuesta regional integrada, que es la manera de ejecutar dichas acciones.

Actualmente, de acuerdo a lo indagado, el desarrollo de la estrategia de prevención a nivel nacional no presenta procedimientos claros. Aún no se sabe quienes son las personas responsables y cuales son sus mandatos. No hay claridad respecto de las decisiones para implementar adecuadamente la política. Los cambios realizados no han sido comunicados oportunamente, generando confusiones respecto de la continuidad de esta política pública.

No se entregan orientaciones precisas ni se controla su cumplimiento. Las respuestas regionales de prevención al parecer dependen exclusivamente del compromiso de quien está a cargo del tema en la región.

Uno de los aspectos esenciales de la política es la articulación intersectorial. Se requiere potenciar la respuesta regional de los sectores de gobierno asociados a las organizaciones de sociedad civil. Sin embargo, como se ha establecido, tales compromisos no se encuentran respaldos por las entidades públicas a nivel nacional.

En ese sentido, respecto de los convenios y acuerdos de trabajo intersectoriales, se puede observar que sólo Gendarmería de Chile cuenta con un programa de prevención del VIH y SIDA dirigido a la población carcelaria. No hay claridad respecto del seguimiento del convenio entre las entidades de salud y justicia para el desarrollo del programa.

El Ministerio de Educación ofrece a liceos y colegios la posibilidad de contar con programas obligatorios de Educación Sexual y Afectividad que regirán en Chile a partir de 2012. Esto significa que en el proyecto educativo institucional, en sus planes de trabajo para el próximo año, debieran estar insertos estos programas. Hasta hoy cada comunidad educativa puede acordar el tratamiento de estos temas. Desde el próximo año, será obligatorio tener a lo menos uno de siete programas ofrecidos desde el MINEDUC.

Hasta el año 2009, el SERNAM participaba activamente en el diseño de las políticas preventivas referidas a VIH y SIDA. Se realizaron varias iniciativas impulsadas por ambos ministerios, destinadas a potenciar el trabajo intersectorial en el ámbito regional. Actualmente estos compromisos están difusos. Sin embargo, aunque el SERNAM no tiene este tema entre sus prioridades, en algunas regiones, se realizan actividades por iniciativa propia.

Ocurre lo mismo con INJUV. Hasta el año 2009, las casas regionales y los INFOCENTROS del INJUV

Políticas de Prevención Integral del VIH/SIDA en Chile

promocionaron en sus programas, en su WEB institucional, la educación sexual, las medidas de prevención del VIH y SIDA e ITS e incluso, varios de ellos, ofrecían condones a sus usuarios. Hoy no hay ni una palabra sobre educación sexual en su página WEB ni se promueve el autocuidado en sexualidad.

Se observa que los convenios intersectoriales relativos al VIH y SIDA, así como la respuesta regional integrada de prevención, han sufrido un debilitamiento, debido aparentemente al cambio de los énfasis de la política en la administración actual y el término del aporte del Fondo Global.

Es lamentable observar la manera en que se ha reducido la promoción del uso consistente del preservativo. Cuando se dice que solo es efectivo en un 87%, se está incitando a no usarlo por razones de inseguridad. Más contradictoria aun es esa leyenda, si lo que se busca es el uso consistente. No se puede significar consistencia en un artefacto que no es 100% eficiente.

Un segundo elemento que preocupa es la reducción de los insumos ofrecidos a la prevención – folletos de información y preservativos – a sectores especialmente vulnerables (comercio sexual, población privada de libertad, personas y grupos jóvenes y adolescentes, homo y bisexuales, entre otras). Si se reduce la oferta de insumos, se reducen también las acciones preventivas. Estos son aspectos deficitarios de la actual política de prevención del Ministerio de Salud.

Se aprecia que las actividades comunitarias de prevención, promovidas y fomentadas por organizaciones sociales, se han mantenido, pero han disminuido sus coberturas justamente por la falta de recursos.

Los programas preventivos promovidos por los servicios de salud se han reducido notoriamente. Los servicios de salud se han centrado más en la consejería para el examen que en la consejería para la prevención. Sus principales aportes se refieren a respuestas regionales a la epidemia, mediante fondos concursables, fundamentalmente para promover el uso del condón y conmemorar el candlelight y/o el día Mundial del SIDA.

El FONOSIDA está claramente desdibujado. Existe poca promoción del servicio, cuya misión es facilitar el acceso a información, orientación y apoyo en relación al VIH e ITS. Aunque en la estrategia se anuncia como gratuito, confidencial y anónimo, en la práctica solicita al usuario su nombre y número de carnet para acceder al servicio. Se supone que es una de las líneas estratégicas de prevención, sin embargo, no está aportando a la recepción y el abordaje individual, privado y confidencial de inquietudes sobre el tema que tienen justamente usuarios que son mayoritariamente personas alejadas del sistema de salud, lo que puede incidir en esconder o clandestinizar la epidemia. En ese sentido es importante recordar que una línea confidencial para obtener información y orientación, es una herramienta fundamental.

El hecho que el servicio de salud haya optado desde hace dos años aproximadamente, por la consejería para el examen, y haya postergado y prácticamente suspendido la consejería para la prevención, es una decisión que no responde eficazmente al objetivo preventivo. A nuestro juicio, sólo buscaría dar respuesta a una meta sanitaria cuyo fin es determinar estadísticamente el número de casos de afectados por el VIH o por el SIDA. Se entendería que esta prestación – dentro del ámbito de la salud – representaría un esfuerzo para mejorar la vigilancia epidemiológica. Pero hay que tener cuidado.

Esa iniciativa se basa en el enfoque biomédico para responder a la epidemia, y sabemos que los aspectos psicosociales son fundamentales en el abordaje de la construcción de sujetos preventivos más conscientes y responsables de sí mismos y de ambientes sociales favorecedores para la prevención.

Si pensamos además, en la escasa aplicación de consejería a usuarios que solicitan el examen en los sistemas privados de salud, se presenta otra situación compleja, que dificulta más aún a los usuarios, acceder a un acompañamiento adecuado en su proceso de gestión del riesgo.

Recordemos que la consejería de prevención en VIH desarrollada adecuadamente, es un recurso fundamental que debe estar disponible y ser de acceso universal para toda la población chilena sin distinción.

Llama la atención que no se implemente este recurso a través de todos los centros prestadores de salud del país, y que no se fiscalice el cumplimiento de esa política por parte de las autoridades pertinentes. A nuestro juicio, esto representa un incumplimiento de la política pública vigente definida por el Estado chileno para la prevención de la epidemia del VIH y SIDA a nivel nacional. Además, se puede prever que la falta de este recurso podría incidir en el aumento de las infecciones por VIH en Chile.

El nuevo escenario que enfrenta la aplicación de consejería para VIH, así como los nuevos énfasis de las estrategias nacionales de prevención, son - sin duda - desafíos pendientes. Hoy es fundamental fortalecer el aporte que realiza la sociedad civil mediante su oferta de consejería para la prevención, como de sus actividades promocionales de uso del condón. Eso significaría un esfuerzo complementario al realizado por los servicios de salud.

La sociedad civil está en condiciones de ofrecer una diversidad de iniciativas que aborden el complemento psicosocial y preventivo de la consejería. Para tales fines, se requeriría del apoyo y valoración por parte del Estado de este trabajo asociativo, el refuerzo de los programas ya instalados y la promoción y generación de otros nuevos y diversos.

A juicio de este Observatorio, es justamente la movilización ciudadana, la que puede y debe reinstalar estos temas en la agenda pública y velar por que se alcance un desarrollo adecuado de todas las estrategias que faciliten un trabajo de prevención organizado.

1 Bibliografía Consultada:

Estrategia de Prevención del VIH/SIDA. Ministerio de Salud.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. ONU.

Pacto Internacional del Derechos Económicos Sociales y Culturales. ONU.

2 ASOSIDA · Asamblea de Organizaciones Sociales y Organizaciones No Gubernamentales con trabajo en VIH/SIDA. Formalmente son parte de esta red, 77 organizaciones localizadas en las regiones Metropolitana de Santiago, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Valparaíso, Maule, Bio-Bío y Araucanía.

Su principal compromiso es la prevención en diversas poblaciones (mujeres, homosexuales, viviendo con VIH, jóvenes y adolescentes, niños y niñas de la calle, transgéneras, privadas de libertad, trabajadoras y trabajadores sexuales, rurales, migrantes. Además, articulados y trabajando con educadores, estudiantes, agrupaciones ecuménicas y población general).



Fundación Savia
La fuerza de la vida