

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

“POLÍTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL
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:**

“POLÍTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH/SIDA EN CHILE”

Informe 2011

Políticas de Atención 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° 219902
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. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL VIH/SIDA	3
1.1.- Situación epidemiológica del VIH y SIDA en Chile	3
II. EL PROGRAMA DE VIH/SIDA Y LA ATENCIÓN INTEGRAL	7
2.1. Modelo de Atención Integral	7
2.2 Manejo Clínico del VIH/SIDA	15
III. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD – GES	18
IV. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES EN LA RESPUESTA DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO	21
V. DERECHOS HUMANOS: PRINCIPIOS IRREEMPLAZABLES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL VIH	22
VI. LEVANTAMIENTO DE DATOS	23
6.1 Encuesta de Opinión	24
6.2 Entrevista semiestructurada	28
VII. SÍNTESIS Y OBSERVACIONES GENERALES	32

Políticas de Atención 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 Atención Integral de las PVVIH que hacen uso del sistema de Salud en Chile.

Las características de la epidemia del VIH/SIDA están claramente influidas por el contexto social y cultural. Particularmente en lo referido al género y su carácter relacional, histórico y dinámico de lo que significa ser mujer o ser hombre en un tiempo y lugar determinado.

En definitiva, la atención integral del VIH y SIDA precisa considerar la enorme diversidad que puebla nuestra sociedad, y al mismo tiempo, mantener una mirada comprensiva de la expansión de la epidemia, considerando las inequidades, las vulnerabilidades sociales, económicas y culturales, así como las complejidades, contradicciones y desigualdades que se observan en la realidad social.

Para el análisis de esta política, se definió la aplicación de distintas técnicas destinadas a obtener las percepciones de personas, organizaciones, y actores involucrados en la atención en salud.

Primeramente, se realizó la revisión y análisis de la documentación oficial nacional (guías clínicas, modelos y protocolos vigentes) e internacional disponible.

Otra de las actividades consistió en la aplicación de una encuesta de opinión que abarcó a usuarios del sistema público y privado de diversas localidades del país.

Seguidamente, se diseñó y aplicó una entrevista semiestructurada destinada a recoger la valoración de la política de atención integral, la cual fue dirigida a un dirigente de organizaciones de PVVIH y a un representante de los prestadores de salud.

Queremos agradecer a las personas que colaboraron desinteresadamente en el levantamientos de datos, y en especial a las agrupaciones que aportaron como observadores locales de este trabajo: Agrupación Positivamente Positivo de Talcahuano, Kelwo Chiloé, Agrupación por la Vida, Agrupación Abracemos a un Amigo de Limache.

Además queremos agradecer a Gendarmería de Chile por facilitar el acceso a los recintos carcelarios para recoger la información y en particular a la gestión de la señora María Soledad Vidal. A la señora Viviana Norambuena, por su aporte y compartir su vasta experiencia de trabajo en equipos de Atención VIH. A la señora Sara Araya, como representante de la Coordinadora Nacional Vivo Positivo.

I. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL VIH/SIDA

1.1. Situación epidemiológica del VIH y SIDA en Chile.

Los datos que entrega el Ministerio de Salud de Chile, nos permiten reconocer algunas de las características epidemiológicas nacionales, y analizar tendencias sociales y culturales que facilitan la explicación de algunas de estas realidades.¹

El MINSAL ha ordenado los datos epidemiológicos de incidencia del VIH y de SIDA en cinco quinquenios², observando las notificaciones realizadas en el país entre los años 1986 y 2010.

La epidemia se hace presente en Chile a partir del año 1984, al detectar y notificar 6 personas afectadas por VIH en las regiones de Valparaíso, del Biobío y Metropolitana. Durante 1985 se detecta y notifica el primer caso correspondiente a una mujer.

Si bien al año 2010, el número total de casos notificados en Chile, tanto para VIH como para SIDA, alcanza a 24.014, el análisis estadístico recogido en el “Informe País” se hace sobre 23.875 de ellos.³

A la fecha, MINSAL informa el fallecimiento de 6.929 personas a causa de SIDA, 87.3% de ellos de sexo masculino. La tasa más alta de mortalidad se registra en el grupo de 40 a 49 años. En los últimos seis años (2004-2009), la mortalidad por SIDA se ha ido estabilizando, alcanzando a 2.6 por cien mil habitantes en el 2009. El descenso de la mortalidad respondería al mayor y mejor acceso a las terapias antirretrovirales.

Respecto del total de notificaciones, 13.086 personas (54.8%) corresponden a casos VIH y 10.789 personas (45.2%) a casos SIDA.⁴

Entre los años 1984 y 2010, la *tasa de notificaciones de casos SIDA* ha aumentado entre 0.1 a 4.1 personas por cada cien mil habitantes. Durante el año 2006 se observó una disminución significativa en la tasa (2.5), y un aumento de ella el año 2009 (5.1). El incremento de la tasa a través de estos años ha sido constante en los casos de hombres. En el caso de mujeres, se ha observado un aumento paulatino, el que ha mantenido tasas estacionarias durante los últimos 4 años.

La *tasa de notificaciones de casos VIH* mantuvo un aumento sostenido hasta el 2003, observando un aumento brusco durante los años 2007-2009, donde la tasa alcanza su máximo valor (7.4 x 100.000 habitantes).

1 Informe País: Evolución del VIH/SIDA Chile 1984-2010. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología.

2 Estos quinquenios corresponden a los períodos 1986-1990, 1991-1995, 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010.

3 129 personas no registran información sobre la etapa diagnóstica y 10 no registran la variable sexo.

4 “La etapificación del caso del VIH/SIDA se consigue al combinar la categoría clínica de la persona (de acuerdo a la presencia de enfermedades marcadoras evaluadas por el profesional, el que etapificará en A, B o C), con la categoría inmunológica del mismo (dado por el recuento absoluto de Linfocitos TCD4)”. Los casos clasificados en las etapas A3, B3, C1, C2 y C3 son considerados casos de SIDA. Circular B/51 N° 35 del 14 Octubre 2010 del Ministerio de Salud de Chile. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

Según el análisis del MINSAL, el aumento significativo en ambas tasas durante ese periodo, podría responder a la instalación del “Sistema de Notificación en Línea” y la ejecución de la “Auditoría Ministerial en Procesos de diagnóstico y notificación para vigilancia epidemiológica del VIH” efectuado durante el último trimestre del 2008. Ambos elementos representan un avance fundamental en la oportunidad de las notificaciones, considerando que mientras más temprano se produzca, la persona puede iniciar su control y tratamiento más precozmente, teniendo mejor pronóstico de salud.

Al analizar la **distribución según sexo**, es posible observar que el número de hombres notificados supera al de mujeres, tanto en casos VIH como en casos SIDA. Sin embargo, la razón Hombre-Mujer ha ido en descenso para ambas situaciones, llegando a 3.8 en casos VIH y 5.9 en casos SIDA durante los últimos cinco años.

En cuanto a la **distribución por edad**, el mayor número de notificaciones, tanto para casos VIH como para casos SIDA, se ubica entre los 20 y 49 años. De igual manera, el grupo de personas de 10-19 años, presenta el mayor aumento de notificaciones a través del tiempo.

Dentro del periodo estudiado, en los *casos SIDA* es posible observar que el mayor número de notificaciones corresponde a personas de entre 30 y 39 años. En los últimos 15 años, se ha observado un aumentado en el grupo de personas mayores de 40 años y en particular dentro del grupo de entre 60 a 69 años, mientras que la disminución más significativa se ha dado en grupos menores de 29 años.

En cambio en los *casos VIH*, en los últimos quinquenios, las mayores alzas en las tasas porcentuales de notificación se presentan en los grupos de 10 a 39 (un 59,2% en el grupo de 10 a 19, y un 38,2% en el grupo de 20 a 29).

En ambos sexos, los mayores incrementos de las notificaciones se presentan en el grupo de 10 a 19 años, aumentando un 58,5% en las mujeres y un 45,7% en los hombres. Estos datos tienen mucha importancia. Muestran que la población más afectada, se encuentra en los grupos de edades en que las personas alcanzan un mayor nivel de productividad.

Según la **distribución geográfica de la epidemia**, en los tres últimos quinquenios (1996-2010), las regiones que concentran el mayor número de *casos SIDA* notificados son Arica y Parinacota, Tarapacá, Valparaíso y la Región Metropolitana, observando una tendencia al aumento en todo el país.

Históricamente las tasas más elevadas se presentaban en las regiones Metropolitana y de Valparaíso, sin embargo, desde el segundo quinquenio (1991-1995) en adelante, se observa un aumento significativo en la zona norte del país y durante el último quinquenio (2006-2010), en las regiones de Los Ríos y Los Lagos.

La situación de Arica Parinacota, puede deberse a la existencia de comercio sexual sin control sanitario, dado que corresponde a una zona fronteriza de gran circulación poblacional.

Respecto de las tasas de *casos VIH* observadas en los dos últimos quinquenios (2001-2010), son mayores a la de los *casos SIDA* en todas las regiones del país. Los aumentos porcentuales más

significativos observados durante este periodo, se presentan en las regiones de Los Ríos (48,4%), Magallanes (44,1%), Los Lagos (37,2%), y Aisén (36,4%).

Las bajas tasa de *casos SIDA y VIH*, presentes en algunas regiones, pueden responder a personas que viven en localidades rurales y/o muy despobladas, por tanto emigran a zonas urbanas con Centros de Salud establecidos para realizarse el test de ELISA para VIH o asistir a controles de salud, trasladando los datos a otras regiones y abultando su estadística epidemiológica. Otro elemento a considerar para explicar este fenómeno, es el mejoramiento en el sistema de notificaciones.

Otro dato importante a considerar, es la *distribución por nivel de escolaridad de casos VIH y casos SIDA*. En ambas situaciones, corresponden a personas que presentan niveles de escolaridad más completos.

En los *casos SIDA*, durante el último quinquenio (2006-2010), se observa un incremento de estas notificaciones en personas que cuentan con educación superior y técnica, representando un 25,3% del total de casos.

En los *casos VIH*, la mayoría de las notificaciones correspondían a personas que cuentan con enseñanza media, y a partir de 2001 se observa que la mayoría corresponde a personas con educación superior.

En ambos casos, los hombres notificados tienen mayor proporción de educación superior/técnica, mientras que las mujeres notificadas alcanzan un mayor proporción de enseñanza básica. Esto indica que las mujeres tienen menor escolaridad, lo que es un factor social relevante para el diseño de estrategias de prevención. La vulnerabilidad de las mujeres está asociada a la sumisión de género.

Otro dato de mucha relevancia es la *vía de exposición declarada al virus*. Conocer el dato permite determinar cuáles podrían ser los temas de trabajo relevante y pertinente en la prevención. En Chile, esta se relaciona con la sexualidad, específicamente de las prácticas sexuales. Tema difícil de tratar y trabajar políticamente, debido a la fuerte influencia de sectores conservadores en nuestra sociedad.

Como se sabe, la principal vía de exposición al virus en Chile es la sexual, alcanzando el 96,6% de casos notificados hasta el quinquenio 2006-2010.

La vía de exposición más declarada (55%), se da a través de prácticas penetrativas anales, en personas pertenecientes a población homo y bisexual y de hombres que tienen sexo con otros hombres. Esto ocurre tanto en los *casos SIDA* como en los *casos VIH*.

En las notificaciones de *casos SIDA*, se ha observado un aumento sostenido en personas que declaran prácticas sexuales heterosexuales, superando en el último quinquenio (2006-2010) a la declaración de prácticas homosexuales. Esto indicaría una progresión a SIDA mayor en mujeres. La exposición sexual declarada por prácticas bisexuales ha disminuido en el mismo periodo.

En los *casos VIH*, durante los tres últimos quinquenios (1996-2010) la exposición sexual declarada por prácticas homosexuales se ha mantenido estable, mientras que la declaración de prácticas

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

heterosexuales se ha incrementado. La vía de exposición por prácticas bisexuales ha disminuido dentro del mismo período.

Frente el incremento de casos VIH en mujeres, cabe destacar que en su mayoría corresponden a personas “dueñas de casa con pareja estable”. Las trabajadoras sexuales que viven con VIH, controladas en el sistema de salud alcanzan sólo a un 0,44% de las personas notificadas, considerando que existe un número indeterminado de trabajadoras sexuales que no se mantiene en control sanitario.

La transmisión vertical ha disminuido mientras que la exposición por vía endovenosa ha aumentado en los dos últimos quinquenios (2001-2010), especialmente en los *casos SIDA*.

Comparando la epidemia en Chile con la del contexto mundial, ONUSIDA afirma que la epidemia en nuestro país tiene una baja prevalencia (menos de 1% de la población general). Sin embargo, alcanza aproximadamente a un 15% de la población homosexual nacional.

II. EL PROGRAMA NACIONAL DE VIH/SIDA Y LA ATENCIÓN INTEGRAL

La atención integral tiene como propósito garantizar a usuarios de cualquier sistema de salud del país, la atención necesaria para enfrentar, sobrellevar y sortear la presencia del virus en su organismo.

En Chile, las líneas que forman parte de esta estrategia, fueron diseñadas por el Área de Atención Integral de CONASIDA, actual Programa Nacional, en conjunto con otros actores del campo científico, clínico y social.

Las políticas se dan a conocer mediante normativas de carácter obligatorio, así como a través de orientaciones y recomendaciones que deben ser seguidas y respetadas por el sector público y privado. Estas se encuentran contenidas en guías clínicas y protocolos de manejo, basados en evidencia científica ampliamente validada.

Las políticas se ejecutan a través de Centros de Salud Pública dependientes de la subsecretaría de redes asistenciales del MINSAL, y de entidades de salud privada.

La fiscalización del cumplimiento de estas normativas está a cargo de la autoridad sanitaria y de la Superintendencia de Salud, entidad que debe: *“Súper vigilar y controlar a las ISAPRES y velar por el cumplimiento del (...) Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. Súper vigilar y controlar al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud. Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados...”*⁵ en lo que respecta a su acreditación, certificación y cumplimiento de los estándares comprometidos.

2.1. Modelo de atención integral

El diseño e implementación del Modelo de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH y SIDA (PVVIH), vigente hasta la actualidad, coincide con la reforma del Sistema de Salud del país, implementada por el Gobierno de Chile a partir del año 2005.

Dicha reforma se sustenta principalmente en la promulgación de las leyes de Garantías Explícitas en Salud – GES y de Autoridad Sanitaria. La implementación conjunta de estas normas permitió generar un nuevo modelo de atención en salud, centrado en los principios de acceso, equidad y no discriminación.

La construcción del modelo estuvo a cargo del Comité Asesor de Atención Integral, constituido para tales fines por el Área de Atención Integral de CONASIDA, el Comité Consultivo de SIDA

⁵ Página Web Superintendencia de Salud.

pertenciente a la Sociedad Chilena de Infectología, representantes del Comité Nacional de SIDA pediátrico, representantes de médicos tratantes de VIH, enfermeras de los equipos de atención y químicos farmacéuticos, todos ellos del sistema Público de Salud.

Su propuesta final fue consultada y sometida a la observación de la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH - VIVO POSITIVO, así como a otros estamentos estatales como la CONASIDA, la Comisión de la Reforma, la Dirección General de Redes Asistenciales, y los Servicios de Salud.

“Se entiende por Modelo de Atención a la forma de organización de los recursos humanos y materiales para afrontar los riesgos de salud y proporcionar atención de salud. El nuevo modelo de atención en VIH/SIDA será aplicado a nivel nacional y ejecutado por los Centros de Atención en VIH de los establecimientos de salud del Sistema Público. El modelo de atención VIH considera el contexto general de la Reforma Sanitaria.”⁶

• Definición de objetivos del modelo

Los objetivos generales de este Modelo se relacionan principalmente con mejorar la atención integral de niñas, niños y personas adultas que viven con VIH que asisten a control dentro del Sistema Público, brindándola de manera accesible, oportuna y de calidad, acorde a la estrategia global de prevención y atención del VIH y SIDA del Ministerio de Salud. De la misma manera, pretende fortalecer la coordinación de acciones de atención en todos los niveles de la Red Asistencial.

Dentro de los objetivos específicos del Modelo, se destaca el diagnóstico y derivación oportunos de las PVVIH al Sistema Público de Salud; favoreciendo una atención multidisciplinaria que considere las dimensiones biológica, psicológica y social de todas las personas, con énfasis en la calidad.

Busca además brindar acceso oportuno a tratamiento antirretroviral - TARV, reduciendo la evolución a SIDA, la mortalidad y morbilidad asociada, apoyando el seguimiento y manejo de complicaciones que puedan presentarse. De la misma manera, favorecer el diagnóstico y tratamiento de los efectos secundarios de la TARV.

Favorecer la detección VIH durante el embarazo y acceso oportuno a protocolo de prevención de la transmisión vertical, así como la oferta de consejería a PVVIH que favorezca la promoción de prevención secundaria, la implementación de estilos de vida saludable y la reducción de riesgos.

Finalmente, dentro de sus objetivos específicos se propone el desarrollo progresivo de capacidades de los centros de atención que favorezca la descentralización y la implementación de trabajo asociativo entre los profesionales de salud y las PVVIH, de manera de lograr la participación protagónica de estos en su auto cuidado en salud.

⁶ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA. Área de Atención Integral Comisión Nacional del SIDA. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Junio 2005.

- **Definiciones de la estructura y funciones de los actores involucrados en el Modelo.**

El modelo de atención Integral en VIH y SIDA recoge las modificaciones establecidas en la Reforma Sanitaria, la cual genera dos entidades que actúan en forma conjunta y coordinada, pero con acciones claramente definidas para cada una de ellas: una “Red Asistencial”, encargada de proveer la asistencia en salud en forma directa a los usuarios en todos sus niveles (Atención Primaria, Especialidades ambulatorias y Atención Hospitalaria); y una “Autoridad Sanitaria”, encargada de la salud pública y a través de la cual, el MINSAL cumple el rol de rector y regulador del cumplimiento de la política pública en VIH y SIDA y la promoción de la participación de la comunidad organizada (PVVIH, familiares y amigos)

“...El nuevo modelo de atención VIH/SIDA considera la existencia de una Autoridad Sanitaria con funciones específicas de rectoría, regulación e integración comunitaria y, por otra parte, la reorganización de la atención de las PVVIH mediante redes asistenciales dependientes de los Servicios de Salud, de manera de integrar de manera eficiente los principios de equidad, calidad y eficiencia que inspiran la Reforma a la atención de las PVVIH... Por la complejidad de la fisiopatología de la infección por VIH, del manejo de las complicaciones oportunistas y de los fármacos antirretrovirales, como también por variables socioculturales complejas, la atención de pacientes VIH requiere un enfoque multidisciplinario, alto nivel de capacitación profesional y mayores recursos tecnológicos...”⁷

El modelo establece claramente las funciones que compete a cada uno de los actores involucrados y la manera en que requieren coordinar sus acciones para alcanzar altos niveles de eficiencia y calidad en la implementación de las políticas en VIH y SIDA, y en las prestaciones de salud.

- *El Programa Nacional de VIH/SIDA del MINSAL (ex CONASIDA), es un organismo técnico que tiene a su cargo la elaboración de políticas de prevención y atención en VIH y SIDA, elaborar normas técnicas, guías clínicas y pautas de control de calidad de atención y tratamientos. En general, es el encargado de mantener la vigilancia epidemiológica actualizada y coordinar acciones intersectoriales y descentralizadas que favorezcan la promoción, prevención, detección y atención del VIH y SIDA en el país. Mantener el abastecimiento, disponibilidad y distribución de elementos necesarios para brindar una atención adecuada (preservativos, fármacos, estudios de sub poblaciones linfocitarias, carga viral y genotipificación)*
- *El Instituto de Salud Pública (ISP) es la entidad estatal encargada de confirmar oficialmente la serología para VIH positiva. Recibe y evalúa toda muestra de sangre con lectura reactiva para VIH, proveniente de laboratorios del sistema de salud público y privado de todo el país. Informa de manera confidencial este resultado al laboratorio de origen o medico solicitante. Paralelamente, certifica la calidad de los medicamentos y exámenes de laboratorio utilizados en la atención del VIH y SIDA.*

⁷ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA. Área de Atención Integral Comisión Nacional del SIDA. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Junio 2005.

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

- *Los Consejos Técnicos Regionales* son las entidades encargadas de monitorear, fiscalizar y regular el funcionamiento del Modelo de Atención Integral a nivel regional. Definen objetivos y compromisos de gestión regionales. También tienen a su cargo la planificación de acciones de educación, promoción y prevención del VIH a nivel local.

Están conformados por representantes de la red de prestadores de salud (encargados de los Centros de Atención VIH u otros profesionales designados por los Directores de Servicios de Salud) y por representantes de la sociedad civil organizada a través de agrupaciones de PVVIH. Lo preside el o los representantes de la Autoridad Sanitaria Regional a cargo del tema VIH.

- *Las Usuarías y usuarios*, están convocados dentro de este Modelo para asumir un rol protagónico en la toma de decisiones relacionadas con su salud, su auto cuidado y su calidad de vida. Responde así al modelo general de atención en salud propuesto por la reforma sanitaria, desde donde la Red asistencial orienta sus acciones a partir de las necesidades de la población usuaria y propone que la salud no es responsabilidad exclusiva de los profesionales que atiende sino que es compartida con las personas que conforma la población atendida.

Propone funciones y responsabilidades para los usuarios, dirigidas a desarrollar capacidades para transformarse en agentes de cambio y sujetos de derecho, primeramente frente a su propia situación de salud, para luego aportar en la promoción de estilos de vida saludable y de ejercicio de los derechos en salud del colectivo.

- *Los equipos prestadores de Salud de la Red Asistencial* cumplen el rol de brindar la atención directa a las PVVIH, en los tres niveles descritos en la reforma sanitaria: Atención Primaria; Atención Hospitalaria y de Urgencias; y Especialidades Ambulatorias. Para cada uno de ellos, el Modelo de Atención Integral en VIH, describe funciones específicas:

Las funciones específicas descritas para la *Atención Primaria (AP)*, dicen relación con la incorporación de las PVVIH en los programas de AP⁸, y brindarles la atención en salud que requieran, frente a patologías que correspondan a este nivel⁹. De la misma manera, les corresponde indicar inicio del proceso de diagnóstico para VIH en personas que presenten cuadros de salud relacionados a inmunodeficiencia, y de ser confirmados, referirlas a los Centros de Atención VIH, resguardando siempre la confidencialidad y la no discriminación. Los prestadores de salud de AP requieren contar con capacitación permanente en VIH y SIDA.

Las funciones específicas descritas para la *Atención Hospitalaria y de Urgencias (AHU)*, se relacionan con brindar la atención multidisciplinaria que sea necesaria a personas PVVIH, tanto para el tratamiento de patologías oportunistas relacionadas con el VIH, situaciones de salud no relacionadas al virus y el manejo de reacciones adversas complejas producidas por terapias antirretrovirales. De la misma manera, les corresponde indicar el inicio del proceso de diagnóstico para VIH en personas que presenten cuadros de salud relacionados a inmunodeficiencia, y de ser confirmados, referirlas a los Centros de Atención VIH, resguardando

8 Programa de la Mujer, Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre otros.

9 Tratamiento de Tuberculosis, entre otros.

siempre la confidencialidad y la no discriminación. Los prestadores de salud de AHU requieren contar con capacitación permanente en VIH/SIDA.

La *Atención ambulatoria de especialidades* es el nivel de la Red Asistencial en donde se ubican los Centros de Atención Integral VIH. Se encuentran instalados en distintos espacios en donde se ofrece este tipo de atención ambulatoria¹⁰. Nuestro país cuenta con 32 Centros de Atención VIH. En ellos se atienden las PVVIH que se controla a través del Sistema Público de Salud, que representan aproximadamente el 80% del total de las personas afectadas por el virus a nivel nacional.

- **Los Centros de Atención Integral para VIH.**

Los Centros especializados de Atención de VIH fueron creados frente al complejo abordaje de esta patología, tanto desde sus características biológicas y terapéuticas, como de los factores emocionales y socioculturales relacionados con su diagnóstico.

Tienen como responsabilidad brindar a sus usuarios una atención en salud oportuna y de calidad. Su organización requiere manejo en temas de gestión¹¹, y contar con un programa de evaluación, control y monitoreo de su quehacer, de manera de alcanzar mayor efectividad al más bajo costo.

Cada Centro cuenta con una Jefatura, a cargo de un profesional de salud integrante del equipo de atención, quien requiere tener capacitación adecuada en VIH y SIDA, educación, prevención, intervención conductual, y de gestión. Las funciones específicas de la jefatura del Centro, se relacionan con la coordinación, programación y supervisión general de su funcionamiento y de los profesionales que allí se desempeñan. Además tiene la responsabilidad de coordinarse y participar en instancias internas y externas¹² que permitan la oferta de una atención adecuada.

Todos los profesionales que forman parte del equipo del Centro de Atención tienen dependencia de dicha jefatura, y requieren manejo del abordaje de prestaciones de salud que consideren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los usuarios, aportando al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, según orientaciones del Modelo. Son actores centrales de la articulación de la red de atención en VIH y los principales ejecutores de la gestión asistencial en VIH y SIDA.

Es ideal que todo el equipo técnico y profesional que se desempeña en los Centros de Atención VIH, alcance el desarrollo de capacidades organizativas y de consejería sobre prácticas y promoción de estilos de vida saludables, aptitudes y conocimientos mucho más amplios que la formación biomédica tradicional.

“Los Centros de Atención VIH deben tener una planta física y dotación de recursos humanos que les permita acoger de manera expedita la derivación de pacientes con

¹⁰ Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexos a hospitales, frecuentemente en la infraestructura de los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS).

¹¹ Manejo de Presupuestos, eficacia, eficiencia y oportunidad en la atención.

¹² Coordinación con equipo multidisciplinario de salud, responsables AUGÉ, encargados/as de VIH/SIDA de la Autoridad Sanitaria, del Programa Nacional VIH, representantes de las redes de atención y agrupaciones locales de PVVIH. Participación en Consejo Técnicos, en actividades de planificación y evaluación a nivel central, instancias de coordinación de la red asistencial, planificación y ejecución de actividades de capacitación para el equipo de atención VIH, de investigación biomédica y sociocomportamental en VIH/SIDA, entre otras.

infección por VIH, desde los distintos niveles de atención, para fines de tratamiento antirretroviral, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cuando proceda, con el debido resguardo de la confidencialidad y no discriminación en la atención de las PVVIH.”¹³

- **Recomendaciones para la dotación de recursos humanos de los Centros de atención en VIH.**

Los Centros de Atención requieren contar con un número adecuado de profesionales de salud, capacitados específicamente en esta temática, de manera de brindar una atención integral, oportuna y de calidad, además de desarrollar proyectos e iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida de las PVVIH. Una de las funciones generales para estos profesionales es mantener un trabajo de equipo coordinado y participar en investigación biomédica y socio/comportamental en VIH y SIDA que realiza el Centro.

- Los *médicos tratantes* cumplen la función de la atención clínica directa de las personas en consultas programadas, de urgencia u hospitalizadas. Realizan diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud que se presentan, estén relacionados o no con el VIH y realizan derivaciones a especialidades cuando se requiera. Evalúan los requerimientos de inicio o cambio de Terapia Antirretroviral acorde a criterios establecidos en Guía Clínica y protocolos vigentes. Realizan educación en VIH y SIDA al usuario.¹⁴ Administrativamente, el médico tratante debe manejar el registro estadístico de atención y de notificaciones¹⁵, además de colaborar con la jefatura del Centro.

En términos generales, cada Centro requiere asignar 1.5 horas médicas semanales por cada 24 personas que atiende. Se establece que la atención es de 3 personas por hora, con una frecuencia de 8 a 12 semanas para personas con TARV que se encuentran estables o para quienes aún no la requieren. En personas adultas que inician TARV y/o con patologías concomitantes, así como en niños entre 0 y 12 meses, la frecuencia de atención es cada 4 semanas.

Los médicos tratantes requieren entrenamiento previo del manejo clínico del VIH, idealmente con sub especialización certificada en infectología y/o inmunología. En los casos de profesionales no especializados en estas áreas, requieren capacitación inicial y continua, con supervisión por tres meses de su desempeño en centros calificados.

- Tanto *enfermeras, enfermeros, matronas y matrones* del Centro, cumplen con variadas funciones de planificación y ejecución de acciones administrativas y asistenciales. Participan activamente en la coordinación interna del equipo y con otros equipos de salud¹⁶. Por otra parte, tienen a su cargo la organización y ejecución de acciones de educación, promoción y prevención en VIH, tanto para los usuarios y su entorno directo, como para los equipos de salud o la comunidad

¹³ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA. Área de Atención Integral Comisión Nacional del SIDA. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Junio 2005.

¹⁴ Autocuidado y prevención secundaria, adherencia al tratamiento, reacciones adversas a medicamentos.

¹⁵ Notificación de nuevos casos, cambios de clasificación etapa SIDA, defunciones, registro y notificación de reacciones adversas.

¹⁶ Citaciones, toma y derivación de exámenes, recepción de resultados, coordinación con Farmacia, área psicosocial, SOME, coordinadores AUGE, redes de atención, comunidad organizada y Programa Nacional, entre otros.

general. Apoyan también el refuerzo permanente en adherencia y el abordaje de reacciones adversas en usuarios que se encuentran con TARV.

Cada Centro requiere asignar un profesional enfermero o matrócn a jornada completa y con dedicación exclusiva, por cada 250 personas que atienda, aumentando su planta proporcionalmente mayor número de usuarios en control. Parte de las horas/matrócn asignadas, serán dedicadas a atención en VIH e ITS exclusiva a mujeres.

Requerirán entrenamiento y capacitación previa, a lo menos de 1 mes en atención en VIH y SIDA en centros calificados y asistir a cursos de perfeccionamiento continuo a lo menos una vez al año.

- Los *psicólogos/as y trabajadores/as sociales* que son parte del Centro de atención, tienen como función brindar la atención psicosocial de los usuarios en control. Los primeros, son encargados de brindar apoyo psicoterapéutico individual y/o grupal, mientras que los segundos son encargados de dar respuesta a requerimientos de apoyo social, como evaluaciones socioculturales y tramitación de beneficios.

Por otra parte, participan también en la planificación y organización de actividades de educación, prevención secundaria, promoción de autocuidado y mejora de la calidad de vida y de la realidad psicosocial de los usuarios atendidos, apoyando a las agrupaciones de PVVIH y fortaleciendo el trabajo conjunto entre estas y el equipo de atención.¹⁷

Para alcanzar estos objetivos de manera oportuna y de calidad, cada Centro de Atención requiere contar con acceso a 4 horas/psicólogo semanales y 2 horas/trabajador social semanales por cada 100 usuarios en control, realizando sus atenciones preferentemente en la planta física del Centro. Se les exigirá cumplir con los mismos requisitos de capacitación y entrenamiento previo y continuo de atención en VIH/SIDA que los profesionales enfermeros y matrones.

“Un aspecto central del nuevo modelo, es la integración de psicólogos/as y trabajadores/as sociales al equipo de atención VIH de manera de conformar un equipo multidisciplinario que permita reforzar las acciones de información, apoyo psicológico, orientación social y acciones de consejería para el autocuidado, adherencia a tratamientos y prevención secundaria.”¹⁸

- Los *químicos farmacéuticos y auxiliares paramédicos de farmacia*, están definidos como profesionales de apoyo para las labores del Centro de Atención. Sin bien pueden depender de una jefatura distinta a la del Centro y desarrollar su trabajo fuera de su planta física, sus acciones requieren enmarcarse dentro de la planificación de las actividades que éste realiza en la atención VIH y funcionar de manera coordinada.

¹⁷ Generación de proyectos para la mejoría de la calidad de vida, compromisos explícitos de trabajo asociativo, evaluación de impacto, capacitación y acompañamiento técnico a consejeros de pares.

¹⁸ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA. Área de Atención Integral Comisión Nacional del SIDA. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Junio 2005.

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

Su función principal es velar por el uso racional, seguro y efectivo de los medicamentos, tanto de la TARV como de los prescritos para infecciones oportunistas, según normas vigentes. Así mismo, velar por la calidad de vida de las PVVIH. Estas acciones van desde la administración y suministro de servicios farmacéuticos hasta el apoyo y educación farmacológica hacia los equipos de salud y los usuarios en tratamiento¹⁹. Con el fin de dar cumplimiento adecuado de las funciones descritas, el servicio de farmacia requiere contar con la implementación de equipamientos computacionales y programas.

Frente al significativo aumento del número de usuarios VIH positivos que requieren TARV y la demanda que esto implica, se recomienda que un servicio de farmacia que trabaja coordinado con un Centro de Atención VIH asigne, a lo menos, 22 horas de Químico Farmacéutico y 22 horas de Auxiliar de Farmacia por cada 400 usuarios en control. Estos profesionales requieren contar con capacitación previa y continua en VIH y SIDA, particularmente en temas relacionados con la adherencia a tratamientos.

- En el caso de otros funcionarios del Centro, como *técnicos paramédicos o administrativos*, requieren ser asignados en dotación acorde al número de usuarios en control y contar con capacitación previa de acuerdo a sus competencias.
- **La atención multidisciplinaria de VIH en los Establecimientos de Salud.**

Para la atención VIH en especialidades que se encuentran fuera de Centro de Atención, el presente Modelo propone la conformación de una Red formal de consulta y derivación al interior de los Servicios de Salud. Esta requiere garantizar a las PVVIH, el acceso a atención profesional calificada, en un plazo máximo de 48 horas luego de realizada la derivación.

Cada Servicio de Salud que esté a cargo de un Centro de atención VIH, requiere asignar horas de atención en especialidades para estos usuario, o bien establecer mecanismo de asignación preferente de horas a pacientes VIH en distintas especialidades ambulatorias.²⁰ Además se debe garantizar acceso expedito a estudios de imagen (Radiología, Ecotomografías y Escáner) y a hospitalización transitoria, electiva y de urgencia de PVVIH que lo requieran.

Es responsabilidad de la Dirección del Servicio de Salud correspondiente y de la Dirección del Establecimiento a cargo de estas prestaciones, la coordinación de las derivaciones y el funcionamiento de esta Red.

“La atención dental forma parte del manejo integral del VIH/SIDA e involucra patologías con características específicas que requieren una atención expedita por lo que deben asignarse horas de odontólogo/a para atenciones de morbilidad urgente.”²¹

¹⁹ Gestión de suministro, cumplimiento de normas y procedimientos de manejo de fármacos, mantención de registros, dispensación informada, seguimiento de la farmacoterapia, evaluación y refuerzo de adherencia, fármaco/vigilancia con detección, registro, evaluación y notificación de reacciones adversas a antirretrovirales.

²⁰ Cirugía, ginecología/obstetricia, coló/proctología, otorrinolaringología, oftalmología, urología, dermatología, neurología, psiquiatría, gastroenterología, bronco/pulmonar, hematología/oncología y en otras como odontología y nutrición.

²¹ MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA. Área de Atención Integral Comisión Nacional del SIDA. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Junio 2005.

2.2. Manejo Clínico del VIH y SIDA.

• Definiciones Conceptuales.

El SIDA, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, es una situación de salud que afecta a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH). Se desarrolla SIDA cuando el organismo no está en condiciones de responder a infecciones debido al debilitamiento del sistema inmunológico provocado por este virus.

El proceso se inicia con el ingreso del VIH al organismo, el cual ataca preferentemente a las células del sistema inmunológico denominadas linfocitos TCD4, encargadas de ejercer la defensa del organismo frente a la presencia de elementos extraños.

Al ser afectados por el VIH, los linfocitos TCD4 son impedidos de reproducirse y su número disminuyen paulatinamente, convirtiéndose en células replicadoras del VIH, el cual también paulatinamente, aumenta.

Esta situación genera la inmunodeficiencia, impidiendo o dificultando que el organismo se defienda de los agentes patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) causantes de enfermedades. El VIH se desplaza por el cuerpo de la persona afectada, mediante fluidos corporales como sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

Por las características estructurales del VIH, el cual tiene un largo período de incubación, este proceso se desarrolla lentamente, pudiendo transcurrir muchos años entre su ingreso al organismo y el deterioro inmunológico severo.

El protocolo vigente en Chile establece la “Etapificación de casos VIH – SIDA”²² para adultos, la cual se presenta en la siguiente tabla:

LINFOCITOS T CD4	ETAPA A	ETAPA B	ETAPA C
	Infección Asintomática	Infecciones y tumores no definitorios de SIDA	Infecciones y tumores definitorios de SIDA
1 (>499 células/mililitros)	Etapa VIH	Etapa VIH	
2 (499-200 células/mililitros)	Etapa VIH	Etapa VIH	
3 (<200 células/mililitros)			

En resumen, la persona diagnosticada como VIH positiva que se encuentre en etapas A1, A2, B1 y B2 (recuento linfocitario TCD4 superior a 200/mililitro de sangre y ausencia de infecciones marcadoras) se notifica dentro de los *casos VIH*. Las personas que se encuentran en las etapas A3, B3, C1, C2 y C3 (recuento linfocitario TCD4 inferior 499/mililitro de sangre y presencia de infecciones marcadoras) se notifican dentro de los *casos SIDA*.

22 Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Circular B/51 N° 35 del Ministerio de Salud de Chile, Octubre 2010.

• Protocolo de acceso a Terapia Antirretroviral - TARV

En Chile se recomienda inicio de Terapia Antirretroviral - TARV, cuando el recuento linfocitario TCD4 se encuentra entre 100 y 200 células/mm³ de sangre. De ahí la importancia de la evaluación clínica y de laboratorio que ofrece una atención médica oportuna y diligente.

La aplicación de TARV alcanza un efecto paliativo y no curativo. El tratamiento no elimina el VIH del organismo, sino que suprime su proceso de replicación, logrando la disminución de la cantidad de virus circulante en el organismo, acompañado de una recuperación inmunológica observable a través del aumento de los linfocitos TCD4 circulante.

Como consecuencia del éxito del tratamiento, se logra la disminución de la morbilidad, la progresión de las enfermedades asociadas (incluso aquellas marcadoras) y la mortalidad por SIDA. Razones que permiten afirmar que actualmente el VIH y SIDA es una condición de salud crónica.

“Las evaluaciones clínica y de laboratorio están orientadas a determinar el grado de inmunodepresión y nivel de Carga Viral, la presencia de co-infecciones y comorbilidades y la existencia de factores de riesgo cardiovascular, con el objetivo de determinar el estado de avance de la enfermedad y la necesidad de intervenciones terapéuticas.”²³

El Tratamiento Antirretroviral -TARV, se administra a través de la combinación de tres o más drogas, destinadas a suprimir la replicación viral, llevando la carga Viral a niveles indetectables. Al suspender el tratamiento, esta replicación viral se reactiva, al igual que el deterioro inmunológico. Por esta razón, se insiste que las terapias deben ser otorgadas de por vida.

Actualmente los medicamentos que componen la TARV, contienen elementos que podrían presentar efectos no esperados. Algunos de esos efectos se asocian a la alta toxicidad de algunas drogas. En nuestro país, el 15,9% de personas que han requerido cambio de sus medicamentos para TARV, lo han hecho a causa de toxicidad. La detección de reacciones adversas a los medicamentos es uno de los desafíos de la atención integral al VIH y SIDA.

La guía de atención integral del MINSAL orienta a los equipos tratantes sobre el cómo efectuar el control de PVVIH que inician TARV:

- De 0 a 2 meses de inicio, se sugiere control mensual, mediante hemograma y pruebas bioquímicas (glicemia, lípidos y pruebas hepáticas).
- De 3 a 6 meses de inicio, se sugiere realizar controles clínicos y de laboratorio cada 2 meses.
- De 6 meses de inicio hacia adelante, se sugiere realizar controles, a lo menos, 4 veces por año.

²³ Guía Clínica: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Capítulo II, número 3; Recomendaciones: Exámenes basales, monitoreo de pacientes sin TAR y en terapia, Anexos 1 y 2. MINSAL, 2009.

Se ha conseguido una adecuada documentación sobre la eficacia de la TARV en personas que inician el tratamiento antes de presentar un deterioro clínico e inmunológico significativo. Quienes inician TARV en etapa B y/o con TCD4 mayores de 100 células/mm³, presentan mínima mortalidad durante el tratamiento.

Las enfermedades de la etapa C, se presentan generalmente con CD4 menores de 200 células/mm³, habiendo excepciones. El Sarcoma de Kaposi, el Linfoma de Hodgkin y la Tuberculosis pulmonar, pueden presentarse con más altos recuentos linfocitarios.

El protocolo de ingreso a TAR incluye las siguientes situaciones:

1. Se otorga tratamiento con 3 drogas antirretrovirales al 100% de las personas adultas que viven con VIH sin terapia previa y que tienen indicación de TARV (según Guía Clínica para la Atención Personas Adultas que Viven con VIH/SIDA).
2. Continuidad al tratamiento con TARV para todas las personas adultas que viven con VIH actualmente con resultados exitosos en el sistema público.
3. Cambio de esquema de terapia a personas adultas que han tenido fracaso del primer o segundo esquema de TARV triple.
4. Se asumen también los casos que han tenido fracaso virológico²⁴ de más de 1 esquema de TARV triple. Estos casos deben ser previamente evaluados con estudio de genotipificación y evaluación de adherencia.
5. Se otorga 100% de cobertura para el cambio de TARV y el tratamiento farmacológico de las toxicidades, por reacciones adversas a drogas antirretrovirales.
6. Se da tratamiento antirretroviral al 100% de los niños con VIH que lo requieran de acuerdo al Protocolo de tratamiento de SIDA Pediátrico.
7. Se asume el protocolo completo de TARV, para la prevención de la transmisión vertical para todos los embarazos en mujeres VIH positivas.

²⁴ El fracaso virológico así definido puede ocurrir en forma primaria, cuando no se logra la supresión de la replicación y hay Cargas Virales repetidas con valores mayores de 1.000 copias/ml de sangre luego de 6 meses de inicio de TAR. Se reconoce fracaso virológico en forma secundaria cuando reaparecen Cargas Virales > 1.000 copias/ml, después de haber logrado la indetectabilidad.

III. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD – GES (EX AUGE)

La Ley N° 19.966, establece el régimen de garantías en salud, que permiten a afiliados/as en alguna ISAPRE o FONASA, acceder a la salud en algunas de las enfermedades especificadas.

“El Auge o GES (Garantías Explícitas en Salud) es el derecho que otorga la ley a todos los afiliados del FONASA e ISAPRES y a sus respectivas cargas, para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, calidad, oportunidad y protección financiera; en caso de sufrir cualquiera de los 56 problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.”²⁵

Los requisitos básicos que necesita cumplir una persona para ser incluido en estas Garantías son:

- Ser beneficiario de FONASA o ISAPRE.
- Verse afectado por una de las 56 patologías incluidas en la GES.
- Cumplir con las condiciones especiales definidas para cada patología.
- Acceder a prestaciones debidamente prescritas por un profesional de la salud y que estén consideradas en el tratamiento garantizado para cada una de ellas.
- Atenderse sólo en la Red de Prestadores GES determinada por FONASA o su ISAPRE, según corresponda.

Los beneficiarios de FONASA acceden a GES a través de los Consultorios de Atención Primaria. Son derivados al Centro de Salud Público y Programa que corresponda. Su ingreso es automático, recibiendo atención en los plazos definidos. Un médico confirma su diagnóstico e indica tratamiento. El caso del VIH/SIDA, incluye la realización de exámenes²⁶ y la entrega de medicamentos.

Los usuarios de ISAPRES, requieren solicitar a su aseguradora la orden de atención GES para recibir atención dentro de la Red de Prestadores determinada por ésta. Las GES son iguales para los sistemas de salud públicos y privados.

El beneficio de costo de la atención dependerá de la aseguradora de salud y el tramo en que se encuentre el beneficiario.

Los beneficiarios FONASA pertenecientes a los tramos A y B gozan de gratuidad en las atenciones que reciban.

Los beneficiarios FONASA en tramos C y D, así como los usuarios de ISAPRES, cancelarán un copago que no puede superar el 20% del arancel establecido para la prestación requerida.²⁷

²⁵ AUGE, Guía Básica de Salud. MINSAL, 2007.

²⁶ Examen de Recuento Linfocitario de células TCD4, Examen de Medición de Carga Viral, Examen de Genotipificación Viral.

²⁷ En la actualidad, el sistema de co-pago de las prestaciones GES, sólo corre para los usuarios de ISAPRES.

- **Garantías Explícitas en Salud y Terapia Antirretroviral**

La ley de GES pretende asegurar el acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente.

Luego de ser reconocido/da en el AUGGE-GES, la persona tiene derecho a acceder, recibiendo sin discriminación alguna, las prestaciones de salud que corresponda.

Esto significa que el sistema debe atenderlo/la dentro del plazo establecido, realizar las prestaciones en los establecimientos de la red pública o centros privados, bajo las condiciones técnicas requeridas, y la protección financiera, cancelando el arancel definido.

Respecto del VIH/SIDA, tienen derecho quienes se encuentren en tratamiento, asegurando la continuidad. Si alguien tiene el diagnóstico confirmado de VIH, puede comenzar Terapia Antirretroviral precoz con Esquema de Primera Línea.

Los siguientes son los criterios de inclusión:

- Beneficiario con diagnóstico confirmado de VIH virgen a TAR.
- Si la persona tiene sus TCD4 igual o menor de 100 células/ml.³
- El médico tratante certificó que se ha descartado alguna enfermedad oportunista activa, que pueda reaccionar a la reconstitución inmunológica con el inicio de TAR.
- El cambio de terapia precoz, se otorgará a quien se encuentra en tratamiento y presente Reacción Adversa Grado 4, y la embarazada con diagnóstico de VIH/SIDA y sin tratamiento, quien tendrá terapia preventiva de transmisión vertical.

Todos los otros casos requerirán de la aprobación por parte de la Subsecretaría de Salud Pública en cuanto al momento de inicio de TAR y tipo de tratamiento a recibir.

- **Oportunidad en la Terapia**

El Estado se obliga a cumplir con oportunidad el Tratamiento mediante los siguientes plazos:

- Ante el inicio precoz de esquema de primera línea, debe responderse dentro de 7 días desde la indicación.
- Si hay cambio precoz de esquema de TARV, se debe hacer efectivo dentro de 7 días desde la indicación.
- El inicio y cambio de tratamiento en el resto de los casos, debe hacerse efectivo dentro de 7 días desde aprobación por parte de la Subsecretaría de Salud Pública.

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

- En el caso de la Prevención transmisión vertical en la embarazada, el tratamiento se inicia a contar del 2º trimestre de embarazo (a más tardar en semana 24 de gestación) o al momento del diagnóstico de VIH, si ocurre después.
- En el recién nacido, el inicio de TARV es a partir de las 8-12 horas desde el nacimiento.
- Cuando se debe cambiar el esquema en embarazada que se encuentra en tratamiento, éste debe proceder dentro de los 3 días desde la aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.

IV. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES EN LA RESPUESTA DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO

Existe una estrecha relación entre las respuestas del sistema inmunológico a los agentes dañinos externos y los estados de ánimo de las personas. En la inmunodepresión tienen incidencia factores sociales, fisiológicos, químicos y psicológicos. Importante incidencia se le atribuye al bienestar o malestar psicológico, la desvalorización, baja estima o deficiente auto imagen.

De acuerdo a lo indicado por los organismos internacionales especializados, el VIH y SIDA genera alto impacto social y psicológico. En lo social, incide en la estabilidad laboral, social y económica: costo y acceso a exámenes, cuidado y medicamentos; inestabilidad laboral, familiar, entre otras situaciones. En lo psicológico, se relaciona con los temores, el malestar generado por actos discriminatorios o de desvalorización social. Existen comunidades, familias y grupos que esconden y callan su relación con el VIH o con el SIDA, negándose a participar de respuestas colectivas o sociales propositivas.

Los síntomas fisiológicos y psicológicos están estrecha y mutuamente estimulados. Los factores biológicos, sociales y psicológicos se interrelacionan, lo que hace indispensable el enfoque multidisciplinario, de manera de no sesgar ni parcializar la atención integral del VIH y SIDA.

En síntesis, el SIDA es un fenómeno de carácter sistémico, pues los distintos órganos se afectan y sus afecciones se interrelacionan fisiológicamente. La epidemia es un fenómeno biopsicosocial. En sus resultados participan y se influyen los elementos psicológicos, sociales y biomédicos.

V. DERECHOS HUMANOS: PRINCIPIOS IRREMPLAZABLES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL VIH

La doctrina de los derechos humanos es una orientación indispensable para abordar el VIH y SIDA. Se ha establecido que las personas con mayor riesgo de contraer el virus, tienen además, dificultades para el ejercicio eficiente de sus derechos. Es así que las condicionantes sociales incidían en la generación o agravamiento de situaciones de vulnerabilidad frente al VIH.

Las organizaciones intergubernamentales de las Naciones Unidas como la Comisión de Derechos Económicos Sociales y Culturales y de Derechos Civiles y Políticos de la ONU, la OMS, UNICEF, PNUD, entre otras, definieron que los derechos humanos son condicionantes para la asistencia al VIH, materia que queda claramente establecida en la propia constitución de la ONUSIDA y de la Sesión Especial de la Asamblea de la ONU sobre VIH y SIDA (UNGASS).

El conjunto de la población seropositiva se ha visto afectada en sus derechos económicos, sociales y culturales, específicamente las restricciones al ejercer los derechos a la salud, al trabajo, a la educación, a los beneficios sociales, al bienestar social, entre otros. Se ha entendido -de ese modo- que las acciones para abordar el VIH y SIDA, son una plataforma para promover la vigencia efectiva de los derechos humanos.

Desde la óptica de los derechos humanos, la atención en VIH y SIDA debe evitar y/o superar toda práctica discriminatoria; debe responder a los estándares de atención de calidad, incluyendo la eficacia de los tratamientos, eficiencia técnica, clínica, con observación y seguimiento de las situaciones y las personas atendidas en el sistema de salud.

Las personas afectadas por el VIH y SIDA deben tener incidencia efectiva, ejercer control social, e incidir en los modos de trabajo educativo en salud, en las formas de prevención, en las formas de promoción de la salud.

Como conclusión incuestionable, la política de salud o la estrategia de atención son menos efectivas cuando están lejos de la incidencia de los y las interesadas.

VI. LEVANTAMIENTO DE DATOS

Para conocer la valoración de la atención integral ofrecida por los Servicios de Salud Público y Privados del país, se consultó a distintos actores involucrados en este proceso.

Esta consulta incorporó a personas viviendo con VIH/SIDA, algunos de ellos usuarios de los sistemas de salud, dirigentes de agrupaciones y a profesionales de la Red de Prestadores del Sistema Público.

Para cumplir con tal propósito, se elaboraron dos herramientas de consulta:

1. una encuesta de opinión dirigida a los usuarios del sistema.
2. una entrevista semiestructurada aplicada a dirigentes de agrupaciones de PVVIH y Prestadores de Salud.

6.1. Encuesta de Opinión

- **Identificación de la Muestra**

La encuesta fue aplicada a un universo de 77 personas que viven con VIH, dentro de las cuales el 86% corresponden a hombres y el 14% a mujeres. La distribución de edad y sexo de las personas encuestadas se presenta en la siguiente tabla:

Rango de edades de los encuestados	N° encuestas respondidas	Hombres	Mujeres
de 21 a 30 años	20	18	2
31 a 40 años	25	21	4
41 a 50 años	23	23	---
51 a 60 años	8	3	5
más de 61 años	1	1	---

Para lograr recoger una mirada amplia de la valoración que estos usuarios hacen de la atención recibida, se intencionó trabajar con las agrupaciones de PVVIH de la Región Metropolitana, e incluyendo a otras localidades tales como Talcahuano/Concepción, Chillan, Limache y Chiloé. Además, nos pareció importante conocer la situación de la población privada de libertad y de usuarios del sistema privado.

Lugar de Referencia	N°
Agrupación y persona de RM	30
Chiloé	1
Limache	8
Chillán	1
Talcahuano/Concepción	11
Privados de Libertad	19
Usuarios Privados	7

El 66,2% de las personas encuestadas se atienden en el Sistema Público de Salud y algunos de ellos participan activamente en agrupaciones de PVVIH. El 33,8% corresponde a personas privadas de Libertad y usuarios del sistema privado.

En relación con la previsión, podemos señalar que el 67,5% declara tener previsión mientras que el 32,5% declara no tenerla. De los que declaran tener previsión, el 61% son beneficiarios de FONASA y el 6,5% pertenecen a ISAPRES.

En relación con la atención que reciben desde el sistema de salud al cual acuden, podemos señalar que el 48,1% (37 personas) asisten a control por VIH y reciben TAR. El 29,9% (23 personas) asisten a control pero no se encuentran en tratamiento con TAR, y el 19,5% (15 personas) sólo

están en tratamiento con TAR pero no asienten a control en ningún sistema. Dos personas (0,7%) no reciben ninguna de estas prestaciones. El 93,5% de ellos asiste al Servicio Público de Salud mientras que el 5,2% lo hace a través del sistema Privado

• Opiniones y Valoraciones recogidas

La encuesta recoge estas opiniones y valoraciones en relación a cinco grandes tópicos: infraestructura; calidad de la atención; manejo de información de los equipos, coordinación/ administración y calidad de fármacos.

a. De la infraestructura.

En relación a la sala de espera, el 50,1% de los encuestados declara que es incómoda, en cambio frente a la consulta sobre el box de atención el 65% de los encuestados señalan que es adecuada para la atención.

Desde la experiencia de algunas de las personas consultadas, se reconoce una mejora en la infraestructura del Centro, sin embargo no sienten que eso se refleje en la calidad de la atención.

b. Calidad de la atención.

La mayoría de las personas encuestadas (67,5%), señala que hay demoras en los tiempos de atención, lo que significaría que el tiempo de espera en la sala que ya considera incomoda se prolonga por tiempo excesivo. Sin embargo, frente a la consideración respecto del tiempo que el médico tratante dedica a cada atención la opinión es dividida: el 45,5% declara que es insuficiente, mientras que 46.7% declara que es suficiente.

Muchas de las opiniones recogidas coinciden en que otra dificultad que enfrentan, se relaciona con la falta de horas médicas efectivas para brindar una atención oportuna. Esto genera un desfase en la periodicidad de los controles, principalmente por la sobrecarga de los profesionales o a falta de dotación adecuada de estos, que sea concordante con el número de usuarios que atiende cada Centro.

En relación con el trato recibido por parte de los profesionales y técnicos que trabajan en los equipos de atención, la mayoría (52%) considera que son tratados con amabilidad. Sin embargo al consultar la disposición para resolver situaciones que los afectan o responder dudas e inquietudes, las opiniones están más divididas: Un 39% declara que no hay voluntad expresa del equipo para resolver situaciones que los afligen, y en cuanto a recibir explicación sobre dudas e inquietudes, las opiniones se equiparan entre "SI" y "NO", alcanzando ambas un 38%.

En este punto, en muchas de las personas consultadas, surge la idea de que el trato hacia ellos por parte de los profesionales y técnicos, pasa mayoritariamente por las voluntades personales, y no como una habilidad que estos requirieren desarrollar en el campo de la atención en VIH. Los usuarios perciben que la entrega de respuestas a sus inquietudes por parte de los integrantes de los equipos, se hace desde una perspectiva biomédica, dejando de lado aquellos elementos psicosociales que la componen.

Estas percepciones generan en los usuarios una valoración más bien negativa de la atención que reciben. Para la mayoría de las personas consultadas (45,4%) la atención recibida es considerada como inadecuada, y solo un 37% la considera adecuada.

Surge también la consideración por parte de algunas personas consultadas, de la ausencia de la integración de la interculturalidad dentro de los programas y Centros de Atención VIH. En algunas localidades no se permite la intervención de agentes de salud pertenecientes a su comunidad originaria (Machis y Lawentuchefe), en el apoyo de acciones de prevención y autocuidado a PVVIH, como la adherencia a tratamientos.

c. Manejo y suministro de Información por parte de los equipos.

La valoración que hacen los usuarios sobre este tópico es muy positiva. En su mayoría las personas declaran que los equipos de atención manejan conocimiento y suministran información adecuada sobre el VIH/SIDA, la prevención y los cuidados necesarios de las personas. A si mismo, esta valoración se repite en cuanto a la entrega de información clara y precisa sobre resultados de exámenes y tratamientos.

Un pequeño porcentaje de las personas encuestadas (aprox. 30%), mantiene una opinión distinta.

Esta situación podría responder a las percepciones de estos usuarios, frente a que los integrantes de los equipos de atención sólo dan respuesta a las necesidades clínicas de las personas, dejando de lado aquellos aspectos emocionales, sociales, culturales y económicos que cruzan la realidad de cada caso en particular.

d. Coordinación y Administración.

La mayoría de las personas encuestadas (54,5%), manifiesta que se observa una estabilidad dentro de los equipos de atención VIH, en cuanto a la permanencia por largos períodos de sus integrantes. Por otra parte, aproximadamente el 55% de los encuestados, declara que el Centro de atención cuenta con otros profesionales como Psicólogos y Asistente Social. Sin embargo, la mayoría de ellos (54,4%), coincide en

que sus Centros carecen de profesionales Nutricionista, especialidad que consideran fundamental para su apoyo nutricional y mejoramiento de la calidad de vida.

En cuanto al funcionamiento y sistema derivación, el 41,5% de las personas encuestadas manifiestan que se explica claramente. Sin embargo, el 67,5% considera que funciona de manera compleja y burocrática.

En cuanto al acceso a exámenes vinculado al VIH, el 70,1% de los encuestados, opina que existe facilidad para realizarlos, sin embargo, el 55,8%, consideran que el acceso a exámenes de otras especialidades se realiza de manera compleja y con un alto nivel de dificultad.

e. Administración y calidad de los fármacos.

La mayoría de las personas encuestadas (66,2%) indica que los medicamentos entregados por lo médicos tratante son gratuitos, así como el 51,9% manifiesta que estos son de calidad, y el 52% reconoce los efectos secundarios que los medicamentos producen.

En este campo, creemos que es importante relevar algunos de los aspectos declarados por la población privada de libertad que fue parte de esta muestra, considerando las situaciones particulares que enfrentan.

Sus principales demandas se relacionan con la calidad de la atención, señalando que no es adecuada, que perciben una despreocupación por parte del equipo que los atiende.

Por otro lado, manifiestan la falta de incorporación de otros profesionales en los equipos de salud, que les permita acceder a una atención multidisciplinaria, particularmente en el tema de la nutrición, indicando que su alimentación es precaria.

Finalmente, hacen referencia a su preocupación por la infraestructura disponible y las condiciones en las que viven diariamente, las que no se ajustan a las necesidades de autocuidado y calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

6.2. Entrevista semiestructurada.

La entrevista se aplicó a Sara Araya, Presidenta de la Coordinadora Nacional Vivo Positivo, y encargada de su Área de Género, quien ha desarrollado múltiples acciones de promoción y defensa en el ejercicio de los derechos ciudadanos de las PVVIH, y en particular de las mujeres.

A Viviana Norambuena, Psicóloga Clínica, profesional con una vasta experiencia en atención integral a PVVIH del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Su ingreso al programa de atención en VIH fue en el año 1996, brindando atención clínica a todos los consultantes, evaluación inicial al ingreso al programa, psicoeducación, consejerías para pre o pos test a parejas de pacientes y en algunos casos apoyo a familias a su solicitud.

Como representante de las personas VIH positivas organizadas, Sara Araya ha mantenido un vínculo permanente con los programas de atención de los distintos servicios de salud, velando por la calidad de la atención y el compromiso de los equipos hacia los usuarios. Señala:

“Debes en cuando la atención es mala y otras veces es de calidad, todo depende como se encuentre la personas...hay que tener una buena relación, pero cuando hay demandas hay que pelearlas para ver una atención de calidad... la relación siempre puede ser mejor, siempre y cuando las personas que están en los programas tengan voluntad.”

En el caso de Viviana Norambuena, considera que la relación de las PVVIH con los equipos de salud es fundamental para alcanzar una atención humanizada. El aporte que las agrupaciones hacen al programa, así como a sus integrantes permite el enriquecimiento de muchas acciones de prevención y autocuidado. Señala:

“Por la experiencia pasada la relación con la Agrupación Vida Optima, fue potente, interesante y rica...no faltaron los desencuentro, pero a la larga enriquecieron y el trabajo conjunto en psicoeducación, dirigido tanto a los usuarios y sus familias como a los integrantes del equipo VIH y otros equipos de salud.”

En cuanto a los mayores logros de la política de atención integral en Chile se reconocen avances, sin embargo se observan algunas dificultades.

En representación de las personas VIH organizadas su dirigente reconoce un avance en su creación de guías y protocolos que establecen las formas de atención en salud de las personas. Valora los avances en el acceso y oportunidad a los medicamentos antirretrovirales, y la posibilidad que los usuarios accedan a la atención en cualquier centro hospitalario del país, sin mediar la dependencia jurisdiccional. Señala:

“Es un avance la entrega de los medicamentos y que te puedas atender en cualquier hospital sin que te pidan la dirección de tu casa. La sociedad civil ha tenido una participación vital en estos avances, pero igual no está exento de un mal manejo. Igual no hay una buena atención, falta mucho para lograr una atención integral verdadera.”

Desde la mirada de los equipos de salud, Viviana observa que los mayores logros están representados en el esfuerzo por brindar una atención de calidad. Es posible percibirlo en los cambios que algunos usuarios van manifestando a través del tiempo. Los equipos de atención requieren contar con profesionales generosos que ponen al servicio de las personas sus experticias, conocimientos y habilidades. Señala:

“Se siente en aquellos usuarios que inician procesos psicoterapéuticos más continuo y allí es posible observar sus cambios y logros, eso es reconfortante tanto para la persona como para el profesional que lo atiende.”

Relacionado con el mayor déficit de la atención ofrecida por los programas VIH a sus usuarios se observan coincidencias en ambas miradas. Estas dicen relación con los excesivos tiempos para acceder a la atención clínica, tanto en el ingreso al programa así como en la frecuencia de los controles de salud requeridos. Si bien se observa un esfuerzo de los equipos por mejorar la oportunidad en la atención, el déficit de las horas/médico asignadas es una de las causas principales.

Sara señala:

“Acá es la atención con los médicos de cabecera. Nunca encuentras horas y hay una demanda increíble. Sus agendas siempre están copadas y eso significa que las personas no quieren atenderse con otros médicos.”

Viviana señala:

“...las atenciones médicas, parece sentirse como muy distante una de otra, Hay una falta real de horas médicas disponibles para la atención. Esta situación se da en menor grado con aquellos usuarios que están en TAR, casos en los cuales el equipo se la juega para que tengan controles más constantes.”

Frente a la consulta si la atención integral que se ofrece en Chile cumple con los estándares internacionales de salud, las opiniones de ambas entrevistadas ponen énfasis en distintos aspectos relacionados entre sí.

Para Sara, el problema pasa porque no existe una comprensión del concepto de atención integral. Señala:

“No, para nada. Chile no tiene atención Integral, acá hay un mal concepto de lo que significa y hay un camino largo para conseguirla. Para eso hay que trabajar mucho en conjunto con el Estado, eso sí siempre y cuando haya una voluntad política.”

Para Viviana, la imposibilidad de cumplir con estos estándares pasa por la asignación de recursos, tanto económicos como humanos. Desde su percepción los equipos de atención no pueden brindar una atención integral en la medida que no cuenten con la asignación de cargos para profesionales de otras especialidades que puedan reforzar este estilo de prestaciones de salud. Señala:

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

“Creo que todo es perfectible. Muchas cosas pasan por los recursos disponibles que permitan mejorar la atención, el tema de las horas médicas, y la incorporación de otros profesionales al equipo... Creo que no se cumple con esos estándares por un tema de falta de recursos financiero y humanos. El equipo de atención tiene el interés y la intención de que eso llegue a solucionarse en algún momento, pero eso no pasa por su voluntad.”

En ambas opiniones es posible observar que la incapacidad del cumplimiento con los estándares establecidos internacionalmente para este tema, no pasa por la resolución de los equipos de salud, sino por una voluntad del Estado para establecer políticas públicas que permitan establecer este tipo de atención.

Al analizar las deficiencias de la implementación de la política de atención integral, las entrevistadas reconocen distintas causales.

Desde la mirada de la representante de las organizaciones de PVVIH, el principal factor sería la falta de preparación de los profesionales en el manejo de tema no clínicos, impidiendo el abordaje de los aspectos psicológicos, sociales y culturales que influyen en la vida de las personas. Otras causales estarían representadas por las bajas remuneraciones que reciben los profesionales y técnicos de los equipos y la falta de un número adecuado de prestadores que dé respuesta a la cantidad de usuarios adscritos al programa VIH.

La mirada que se recoge desde la experiencia de trabajo en equipos de atención VIH, uno de los principales factores que dificulta y hace ineficiente la implementación de la atención integral, es el reducido presupuesto invertido en ella, así como el número insuficiente de prestadores que permitan otorgar una atención de calidad a la creciente población VIH+ de los programas. No es tan categórica al reconocer como un factor de deficiencia, el no manejo de materias no clínicas por parte de los integrantes de los equipos, y señala que se observa la voluntad de estos para mejorarlas. En su caso descarta de plano, los factores relacionados a una preparación inadecuada de los equipos y las bajas remuneraciones que perciben por su labor.

Al indagar sobre las medidas para mejorar las deficiencias en la atención, ambas opiniones coinciden en la necesidad de incorporar en los equipos VIH, a profesionales comprometidos con la temática y además que logren desplegar o desarrollar competencias y habilidades sociales relacionadas con el trato humanizado a los usuarios. La distinción se presenta en el tipo de profesionales al cual hacen referencia. Mientras que para Sara la importancia radica en los médicos tratantes, para Viviana implica la incorporación de otros profesionales con estas características, tales como; nutricionistas, orientadores familiares entre otros. Incluso considera necesaria la reincorporación de los consejeros de pares que ya no están presentes.

Ambas entrevistadas consideran que estas competencias y habilidades representan un requisito fundamental para todo técnico o profesional que se incorporen a los equipos VIH. Además señalan la necesidad de establecer equipos de trabajo afiatados, motivados, comprometidos.

Sara: “Solo dos habilidades y es querer su trabajo y tener ética.”

Viviana: “Principalmente el interés en formarse y crecer en la temática. Además se requiere una mirada y actitud más colaborativa y generosa con el resto de los integrantes del equipo. Ser equipo, compartir, colaborar, turnarse...”

En relación con la consulta sobre el cumplimiento de las Garantías Explícitas para VIH, la representante de las PVVIH reconoce como óptimo el acceso al tratamiento con TAR y la prevención vertical. No obstante indica que la mayor dificultad en el cumplimiento de las GES se relaciona con la oportunidad. Señala:

“...creo que las más difíciles de cumplir es la entrega oportuna. Cuando tienes una malla que garantiza, al Estado siempre te falta algo en la canasta, en los programas nunca tienen todo.”

Desde la visión de Viviana todas las garantías se cumplen a cabalidad, sin embargo la dificultad la observa en el acceso al examen de genotipificación viral. A su juicio este debería aplicarse en todos los casos, antes que una persona inicie su tratamiento con TAR. Señala:

“De lo que reportan los usuarios, lo más difícil es el acceso a examen de genotipificación viral. No es que no se cumpla, sino que el usuario requiere esperar fracasos de terapia para acceder a esta garantía.”

En cuanto a la valoración de la participación en los programas de atención de las agrupaciones de PVVIH, ambas entrevistadas la valoran positivamente. Por un lado Sara pone énfasis en que la instalación oportuna ha logrado respeto y cumplimiento a sus demandas, en cambio, Viviana hace hincapié en el trabajo social conjunto y comprometido.

Para finalizar se solicitó a cada una de las entrevistadas que elevaran una solicitud específica a cada uno de los actores que se vinculan con la implementación exitosa de la atención integral en VIH/SIDA.

Las solicitudes específicas planteadas por Sara Araya son:

“A los equipos tratantes; más humanización y una atención de calidad. A las autoridades de los servicios de salud; velar porque sus equipos de salud cumplan con lo establecido en su contrato. Al Programa Nacional de SIDA; cambios reales para que se pueda trabajar en conjunto. A los organismos internacionales; atención de lo que realmente pasa en los países y que tienen abandonados.”

Las solicitudes específicas planteadas por Viviana Norambuena:

“A los representantes de las agrupaciones de personas VIH+; Que refuercen su propia estructura. Particularmente la agrupación de la zona norte Vida Óptima, que está bien debilitada, con menos fuerza. A las autoridades de los servicios de salud; que se acerquen a conocer el programa VIH, a sus integrantes, sus motivaciones y necesidades. Al Programa Nacional de SIDA; retomar el acompañamiento a los equipos y las personas que trabajamos en VIH, en consejería y en atención integral, no sólo capacitación, sino que espacios más interactivos y humanos. A los organismos internacionales;...creo que he dejado de soñar porque me he pegado muchos costalazos, por eso me cuesta.”

VII. SÍNTESIS Y OBSERVACIONES GENERALES

En general, es posible reconocer que la política de Atención Integral al VIH y SIDA vigente en nuestro país, se encuentra ampliamente documentada. Las recomendaciones que el Estado chileno hace a los profesionales que se desempeñan en esta área de salud, quedan reflejadas en una serie de normativas, protocolos y guía que detallan con precisión como debe implementarse dicha política, tanto en la organización y estructura de los centro de atención, como en la forma de aplicar la atención clínica requerida.

A partir del análisis de la documentación de la política y de la valoración que hacen los usuarios de ella, van surgiendo una serie de inquietudes sobre las cuales es necesario reflexionar. Aplicar una mirada crítica desde la perspectiva de la sociedad civil y de los DD HH.

- **De la situación epidemiológica relacionada con la notificación de casos SIDA.**

Al revisar la distribución por rango de edad, nos llama la atención el dato que arroja el “Estudio País” sobre el aumento significativo de las notificaciones en personas mayores de 40 años, en particular en los grupos de 60 a 69. La reflexión parte de la hipótesis acerca de la o las causas de esta situación.

El dato hace referencia a una población que sería más resistente a la incorporación de medidas de autocuidado y a procurarse el acceso a sistemas de salud. Por otra parte, una población “más desprotegida”, a partir de la consideración cultural de que los adultos mayores no tienen vida sexual activa. Esto plantea una alerta sobre el diseño de estrategias e intervenciones de prevención del VIH, en todos sus niveles, que permita dar respuesta a las necesidades de este sector etareo.

Otro dato que llama la atención, es el incremento porcentual observado durante los años 2006-2010 de estas notificaciones, en personas con nivel de escolaridad superior y técnica. La reflexión surge a partir de que se trataría de una población que cuenta con herramientas y acceso oportuno a mayor y mejor información, a través del uso de recursos tecnológicos.

Surge entonces las preguntas ¿Qué es lo que dificulta la incorporación de las recomendaciones de autocuidado y prevención en este sector de la población?, ¿La información disponible es suficiente para aportar a la construcción de sujetos preventivos y modificar los comportamientos de riesgo?... Un desafío importante para el diseño de estrategias de intervención a futuro.

A diferencia de la situación que se da en las notificaciones de casos VIH, en los casos SIDA se observa un aumento sostenido de la exposición por prácticas heterosexuales, particularmente en mujeres, la cual la ha superado durante los años 2006-2010 a la exposición por prácticas homosexuales.

Al parecer, las redes de apoyo con las que cuenta la población homosexual, sería más efectiva, así como la exposición pública del tema que favorecen mayoritariamente a esta población. En el caso de las mujeres, dichas redes quizás no estaría provocando el mismo efecto, lo que nos lleva a reflexionar que se sigue manteniendo la inequidad de género. Por otra parte, el mandato cultural de postergación que enfrentan muchas mujeres en nuestro país, representaría otro factor para que esta población tenga menos capacidad y oportunidad de ejercer sus derechos relacionados con la salud sexual y el autocuidado.

• Del Modelo de Atención Integral

El planteamiento de los objetivos específicos del Modelo de Atención Integral hace referencia a favorecer una atención multidisciplinaria, que considere las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de todas las personas. Desde la percepción de los usuarios consultados, dicho objetivo está muy lejano de ser cumplido.

Para la mayoría de ellos, los equipos de atención son muy bien evaluados en cuanto al manejo y suministro de información clínica, sin embargo se aprecian deficiencias y carencias en las otras dimensiones especificadas en los objetivos.

La “realidad” de los pueblos originarios, la perspectiva de género, la orientación sexual, la subcultura de los y las jóvenes, así como tantas otras, no se ven siempre reflejadas en las habilidades y competencias desplegadas por los profesionales y técnicos en el ámbito de la atención VIH.

En términos generales y desprendido de las opiniones entregada por las personas consultadas, es posible reconocer la manifiesta inexistencia de una comprensión clara y concreta del concepto de atención integral en nuestro país. Surge entonces un nuevo desafío para el diseño e implementación de la política pública en esta materia.

Lo mismo sucede con la propuesta de brindar una atención multidisciplinaria, que implicaría la inclusión en los programas de atención VIH, de profesionales de diversas especialidades. Muchas de las opiniones recogidas coinciden que los programas o centros de atención no cuentan con dichos profesionales.

Se reconocen dificultades cuando presentan situaciones de salud que requieren ser atendidas por especialidades. Señalan que el sistema de derivación es burocrático y complejo, y que muchas no responden a la garantía de oportunidad de la atención.

Particularmente, las personas consultadas hacen referencia al tema nutricional. Un alto porcentaje de ellos declara que su centro no cuenta con un profesional nutricionista. Por otra parte, un porcentaje importante señala que en sus programas tampoco tienen acceso ni cuentan con profesionales psicólogos y trabajadores sociales.

Esta reflexión anterior, también se vincula con las recomendaciones que hace el Modelo de Atención Integral VIH, relacionadas con la dotación de recursos humanos que requiere cada Centro para otorgar una atención de calidad.

Políticas de Atención Integral del VIH/SIDA en Chile

Se puede rescatar que, tanto en el caso de profesionales de especialidades mencionados anteriormente, como en el caso de los médicos tratante, la implementación de esta política, no cumple con los estándares exigidos por la normativa vigente. En la mayoría de las opiniones levantadas, es posible observar una insuficiente destinación de horas/médico tratante. Esto demuestra que la dotación de estos profesionales no es acorde al número de usuarios en control en cada centro.

Considerando que la función principal del médico tratante (según el Modelo) es brindar la atención clínica directa de las PVVIH, tendiente a mantener su calidad de vida, evitando la morbilidad y mortalidad a causa del SIDA, la dotación insuficiente de estos profesionales representa una acción discriminatoria por parte del Estado, al dificultar el acceso oportuno de las personas a una prestación de salud garantizada por la Ley.

Si bien la Guía Clínica (MINSAL 2009), ofrece orientaciones claras y precisas sobre los procedimientos destinados a prevenir la transmisión vertical del VIH que se reconocen técnicamente como muy adecuados, surge un tema preocupante y merecedor de una reflexión.

Nos referimos particularmente a la situación que enfrentan las mujeres VIH positivas embarazadas:

“A las mujeres asintomáticas que no requieren TAR por su propia salud se les debe ofrecer un tratamiento acortado que pueda ser suspendido post parto.

Es importante considerar un esquema adecuado de tres drogas que permita una buena supresión viral y no tenga mayor riesgo de inducir resistencia una vez que se suspenda esta terapia postparto.”

Dentro de esta recomendación que entrega la Guía Clínica no es posible distinguir una descripción clara de cómo procede la continuidad de tratamiento antirretroviral para estas mujeres.

Considerando que dentro de este mismo documento la suspensión de la TAR no está recomendada²⁸, surge la inquietud sobre la situación de vulnerabilidad biológica en la que quedan estas mujeres. Es posible que la suspensión del tratamiento, reactive la replicación viral y genere resistencia, significando la posibilidad de la pérdida de un primer esquema de terapia. Además esto puede estar acompañado de un deterioro inmunológico severo, trayendo como consecuencia el agravamiento de su condición de salud.

En este punto, nuevamente encontramos una situación que vulnera los derechos particulares de las mujeres. Esta política devela una vez más la inequidad de género, reforzando el rol cultural que les ha sido asignado como madres protectoras, responsable de los “otros”, postergando su condición de sujetas de derecho. Dichas condiciones, limitan y manipula su autodeterminación, representado una grave violación a los DD HH.

Finalmente, reconocemos que la situación del SIDA pediátrico en Chile, no está incorporado en el imaginario colectivo de las organizaciones que abordan la prevención y atención del VIH, por esta misma razón, el tema no fue incorporado dentro del presente informe. Desde esta perspectiva, surge como un desafío futuro para este Observatorio investigar y profundizar los aspectos relacionados con la situación que vive este sector de la población.

²⁸ Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA. Capítulo 3, número 2, Pág. 39. MINSAL, 2009.



Fundación Savia
La fuerza de la vida