

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“EVALUACION PROGRAMA DE PREVENCION
Y CONTROL DE VIH Y SIDA, EN LA REGION
DE ARICA Y PARINACOTA”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE**

Tesista: Ivonne Sanhueza Salinas

Profesor Guía: Dr. Alvaro Leffio Celedón

Santiago, septiembre de 2015.

Indice

I.- RESUMEN.....	1
II.- INTRODUCCION.....	4
III.- MARCO TEÓRICO	7
3.1.- Antecedentes Generales sobre VIH-SIDA.....	7
3.2.-Clasificación de la epidemia, poblaciones en riesgo y abordaje integral del VIH-SIDA	9
3.3 Efectividad de intervenciones poblacionales	13
3.4- La Epidemia del VIH en Chile.....	17
3.5- VIH-SIDA en la Región de Arica y Parinacota	22
3.6 Programa Centro Regional de información, apoyo a la Consejería, y diagnóstico del VIH:.....	24
3.7.- Evaluación de Políticas y Programas	28
3.7.1 Conceptos y tipos de evaluación.....	29
3.7.2 Evaluación de Programas Sociales: Análisis Integral de Diseños	32
IV.- OBJETIVOS	33
Objetivo General	33
Objetivos Específicos	33
V.- METODOLOGIA.....	34
5.1.-Tipo de Estudio	34
5.2.-Localización del estudio	34
5.3.-Universo y Muestra	34
5.4- Procedimientos de recolección de la información:.....	35
5.4.1 Fuentes de Datos cuantitativos:.....	35
5.5 Fuentes de producción de información cualitativa	36

6.-Variables y su operacionalización	36
6.1 Definiciones y conceptos operacionales	36
6.2 Variables Cuantitativas:	38
7.- Áreas de exploración cualitativas	41
8.- Procedimientos de análisis de la información	42
8.1.- Del Análisis de variables Cuantitativas:	42
8.2.- Del Análisis de las Variables Cualitativas.....	43
8.3.- De la Triangulación de la Información.....	43
9.- Limitaciones del Estudio:.....	44
10.- Consideraciones Éticas:	45
VI RESULTADOS	47
6.1. Análisis general del diseño	47
6.2 Resultados de Indicadores Cuantitativos del Programa.....	48
6.2.1 Indicadores de Resultado	48
6.3 Indicadores de Metas Esperadas	54
6.4 Resultados Análisis Cualitativo.....	64
6.4.1 Dimensión Accesibilidad:	64
6.4.2 Dimensión Calidad.....	66
6.4.3 Dimensión Eficacia	68
6.4.4 Dimensión Complementariedad	72
6.4.5 Dimensión Sustentabilidad.....	76
6.4.6 Dimensión Propuestas o Recomendaciones.....	78
VII DISCUSION:	82
VIII CONCLUSIONES.....	91
IX BIBLIOGRAFIA.....	99
Anexo N°1 Documento de preparación para la entrevista:	104
Anexo N°2 Protocolo de entrevista.....	105

Anexo N° 3: Consentimiento informado de Entrevista 110

I.- RESUMEN

En la epidemia de VIH SIDA, enfrentar su control y propagación, sigue siendo un desafío de orden mundial. Diversos son los esfuerzos que se han realizado desde las más altas esferas políticas y sanitarias, intentando controlar su propagación y reducción del daño, especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad.

En América Latina, las nuevas infecciones, afectan en mayor proporción a trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas endovenosas, privados de libertad. Se estima que alrededor de un 25% de las personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, desconocen su condición serológica, y por lo tanto, de no realizarse ninguna acción, serán pesquisados tardíamente, aumentando su riesgo de enfermar, propagar la epidemia y morir.

En la región de Arica y Parinacota, los hombres duplican la tasa de incidencia del país y las mujeres la triplican, siendo la región, con mayor incidencia de VIH y de mortalidad por SIDA del país. Por lo anterior, el año 2011, se implementó a nivel local, un programa piloto de prevención, consejería y pesquisa de VIH, focalizado en grupos socialmente excluidos y con mayor vulnerabilidad al VIH.

La presente investigación tuvo por objetivo determinar los resultados obtenidos de la ejecución del Programa “Centro Regional de Información, apoyo a la Consejería y Diagnóstico del VIH, en grupos socialmente excluidos en la Región de Arica y Parinacota, complementando estos con la percepción social de la eficacia del programa.

La evaluación realizada fue de tipo sumativa y, en relación al tiempo de su ejecución, terminal. El enfoque metodológico es mixto, con un componente cuantitativo, inserto en la metodología de evaluación de programa, y un componente cualitativo abordado mediante la técnica de entrevista semiestructurada. Así, se determinó una muestra teórica de ocho entrevistados de

diferentes posiciones de poder. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad relacionadas al objetivo de la investigación durante el mes de mayo del 2015. Para el componente cuantitativo se utilizaron fuentes secundarias de estadística, encuestas y de vigilancia epidemiológica del VIH.

La iniciativa CRIPAC, a través de sus dos componentes asociados al Programa de intervención, y las campañas comunicacionales, logró impactar fundamentalmente en la pesquisa de personas afectadas por VIH, focalizándose mayoritariamente en hombres, mejorando la oportunidad del diagnóstico, en etapas precoces, logrando una etapificación de periodo: (76,1%) para VIH, y (23,9%) SIDA.

En tres años de funcionamiento del programa, el número de pruebas realizadas, aumenta en un (158%), siendo su mayor incremento en el sector privado con un (250%).

El Centro CRIPAC, utilizando metodologías de trabajo participativas, e intersectoriales, logró focalizarse en los grupos más vulnerables a la epidemia, alcanzando una positividad de las pruebas de VIH de (2,5%) en los tres años, siendo la positividad de (0,5%) en población general.

Para los entrevistados, el Centro Comunitario CRPAC, representa un programa, que se ha transformado en un puente entre la comunidad y la red asistencial de salud.

Los usuarios lo consideran como un lugar que los acoge sin discriminación, dándoles el soporte emocional a ellos y sus familias. Una puerta de entrada que significó pesquisarlos precozmente.

Las organizaciones sociales y no gubernamentales, valoran la dignidad en el trato, la horizontalidad en el trabajo con sociedad civil y es reconocido por todos, por lo accesible en términos ubicación geográfica, horario de atención, y por la calidad y compromiso del equipo de trabajo.

Las campañas comunicacionales, son valoradas y evaluadas positivamente, por su pertinencia cultural, impacto social, y resultados alcanzados.

Entre los desafíos planteados por los entrevistados, se identifican la permanencia y ampliación de la iniciativa, mejorar el acceso a personas mayores y/o con discapacidad, la visibilidad física de su identificación, la ampliación de horarios y días de atención, la incorporación de voluntariado de sociedad civil organizada.

Los resultados obtenidos en la presente investigación se relacionan con estrategias focalizadas en grupos vulnerables, que permiten mejorar el acceso a los servicios de prevención y pesquisa en grupos prioritarios en la epidemia, como son los hombres que tienen sexo con hombres, y población joven, quienes son objeto muchas veces de discriminación en el sector salud, siendo ésta la principal barrera que logra eliminar CRIPAC.

Los temas asociados a la complementariedad de CRIPAC con la red asistencial de salud, y las redes comunitarias, son un factor fundamental para lograr optimizar los resultados de este incipiente modelo, debiendo aún superar la barrera de la sustentabilidad financiera, que amenaza con su continuidad.

A la luz de éstos resultados, y la revisión de la literatura especializada, el lograr controlar la epidemia en la región de Arica Y Parinacota, requiere el involucramiento activo del gobierno, sociedad civil organizada, y del sector salud, requiriendo de este último, integralidad de los servicios secundarios de atención sanitaria; aumento de la pesquisa en el nivel primario, ofertando en mayor magnitud el examen del VIH, y eliminando toda forma de discriminación.

II.- INTRODUCCION

En el contexto de la lucha internacional contra patologías infectocontagiosas del siglo XX, la epidemia del Sida es sin duda, una de las patologías que ha movilizó con un impulso decidido y sostenido a la comunidad internacional. Estamos a un año de cumplir los Objetivos del Milenio del 2015, y la ambiciosa meta del Objetivo 6, de cero nuevas infecciones, cero muertes y cero discriminaciones, parece ser una meta inalcanzable para algunos países. En Chile, la tendencia de incidencia y mortalidad, tienen el comportamiento de una epidemia de bajo nivel, de tipo concentrada, con un predominio de la transmisión por vía sexual, en población adulta. El análisis epidemiológico por territorio, nos muestra regiones y comunas, con un riesgo muy por encima del promedio país, con tendencia sostenida al aumento y con una feminización de la epidemia.

La región de Arica y Parinacota, en el último quinquenio duplica la tasa de incidencia país para VIH-SIDA. Siendo la notificación de casos en los hombres, el doble que el promedio país, mientras que las mujeres triplican la tasa país. En mortalidad este riesgo en mujeres se ve aún mayor, mientras que la tasa de mortalidad de hombres duplica la tasa país, en mujeres la quintuplica.

Los enfoques usados para el abordaje preventivo de la epidemia, han ido variando en el tiempo. Primero se trabajó la focalización en población considerada de “riesgo”, posteriormente el enfoque en “conductas de riesgo”, que abandona el foco casi exclusivo en población homosexual y trabajadores sexuales. Y finalmente hasta el día de hoy, el enfoque de conductas de riesgo en contextos de vulnerabilidades sociales, donde el énfasis está en la desigualdad de algunas poblaciones para manejar adecuadamente la gestión de riesgo, en contextos de vulnerabilidad particulares. Esto último muestra lo complejo de la respuesta frente al VIH, que no sólo debe ser abordada con sentido de urgencia, en forma sostenida y a largo plazo, sino también considerando que la efectividad de las intervenciones, dependen de la calidad, la cobertura o extensión de la intervención, y la especificidad en los contextos particulares de las

vulnerabilidades sociales, sobre las cuales se debe trabajar para la reducción del riesgo a la exposición y la transmisión. Existe evidencia respecto de que las acciones deben ser múltiples, focalizadas en población con mayor vulnerabilidad, con participación de las comunidades afectadas, integración de las acciones de prevención, atención integral, y con el concierto de la cooperación y potenciación con actores multisectoriales.

El comportamiento de la epidemia en la región, produce preocupación entre los actores sociales, políticos y sanitarios de la comunidad local. Mediáticamente se relaciona a la ciudad de Arica y su vecina Tacna en Perú, como lugares de alto riesgo para adquirir el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En contraparte desde el ámbito Ministerial las estrategias implementadas y la intensidad para su enfrentamiento no han sido distintas a las implementadas en el resto del país.

El problema sanitario asociado al VIH, ha sobrepasado la esfera política y social local, emergiendo como un problema de salud pública. En atención a ello fue considerado como un objetivo estratégico en la Estrategia de Desarrollo Regional 2015-2025.

Al mismo tiempo, en la región han desarrollado otras iniciativas relevantes para enfrentar este problema de salud pública. Una de ellas es el Programa Centro Regional de información, apoyo a la consejería, prevención y detección precoz del VIH, en grupos socialmente excluidos de la región de Arica y Parinacota, que responde a una estrategia local, que combina intervenciones focalizadas que mejoren el acceso a la información, medidas de prevención y detección del VIH en grupos que presentan mayor riesgo por su vulnerabilidad social, complementando con estrategias poblacionales, que mantengan la alerta social ante la problemática.

Sin embargo esta importante iniciativa no ha sido evaluada, lo que no permite conocer el real impacto que ha tenido, ni tampoco si requiere cambios para mejorar la efectividad del mismo.

La presente tesis se planteó evaluar los objetivos alcanzados por el programa Centro Regional de Información, apoyo a la Consejería y Diagnóstico del VIH, en grupos socialmente excluidos en la Región de Arica y Parinacota, en términos del cumplimiento de las metas e indicadores establecidos ex ante y las visiones de los representantes de la sociedad civil, organismos gubernamentales y usuarios del Centro.

El desafío de evaluar los objetivos y resultados esperados del programa al término de su periodo de ejecución, permitirá a las autoridades locales y nacionales, disponer de información para retroalimentar al proceso de toma de decisiones, el aprendizaje de la organización, aportando al desarrollo de la evaluación de programas en el ámbito local en salud.

III.- MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describen los elementos teóricos que fundamentaron el proyecto de tesis, organizados en cinco ejes temáticos. Los primeros dos ejes temáticos abordan antecedentes generales sobre VIH-SIDA y luego algunos aspectos aún generales, pero con cierto grado de especificidad como clasificación de la epidemia, poblaciones en riesgo y abordaje integral del VIH-SIDA. El tercer eje temático se centra en la epidemia del VIH en Chile, para avanzar, en el cuarto eje temático, en VIH-SIDA en la Región de Arica y Parinacota. El último eje aborda el tema de evaluación de políticas y programas, que corresponde al enfoque desde el cual se desarrolló la evaluación propuesta en la tesis.

3.1.- Antecedentes Generales sobre VIH-SIDA

La aparición del VIH a nivel mundial, se conoce hace más de 30 años (1981). La propagación de esta enfermedad, ha logrado que en pocos años, se haya convertido en una pandemia mundial. En el año 2011 se estimaba en más de 30 millones de personas que fallecieron a causa del SIDA y que otros 33 millones de personas vivían con el VIH, que más de 16 millones de niños han quedado huérfanos a causa del SIDA, que cada día se producen más de 7.000 infecciones nuevas por VIH, la mayor parte en personas de países de ingresos bajos y medianos, y se cree que menos de la mitad de las personas que viven con el VIH son conscientes de su infección (1).

El VIH y el SIDA afectan a todas las regiones del mundo, siendo África Subsahariana la más afectada, seguida por la región del Caribe que registra la prevalencia más elevada, mientras que en Europa Oriental, Asia Central, África Septentrional y el Oriente Medio, así como en partes de Asia y el Pacífico, están aumentando las infecciones nuevas por VIH (1).

En la lucha por controlar esta epidemia, ha sido fundamental el esfuerzo concertado de los gobiernos, la sociedad civil organizada, organismos no gubernamentales, empresas privadas y las agencias cooperantes¹, quienes han liderado una respuesta sin precedentes en el mundo para el control de una enfermedad, que es considerada como una catástrofe por sus implicancias sanitaria, sociales y económicas en los países más afectados (1).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) fue creado en 1994 por una resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y comenzó a funcionar en enero de 1996. Está dirigido por una Junta Coordinadora del Programa, formada por representantes de 22 gobiernos de todas las regiones, los copatrocinadores de ONUSIDA y cinco representantes de organizaciones no gubernamentales, entre los que se encuentran representantes de asociaciones de personas que viven con el VIH (2)(3).

ONUSIDA aúna los recursos de la Secretaría de ONUSIDA y de once organizaciones del sistema de las Naciones Unidas a fin de llevar a cabo actividades coordinadas y responsables para unir al mundo contra el SIDA (3).

Los estados miembros de Naciones Unidas, por medio de resoluciones y declaraciones, que se realizan como sesiones extraordinarias de la Asamblea de Naciones Unidas, han establecido una serie de compromisos, acciones y objetivos para la lucha contra el SIDA. Dichas declaraciones políticas se han realizado los años 2001, 2006 y 2011.

Durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) de 2001, los Estados Miembros adoptaron la declaración para el logro del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH para 2015 (4). En esta

¹Agencias cooperantes: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Organización Panamericana de la Salud (OPS); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNESCO);Programa Mundial de Alimentos(PMA);Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo(PNUD);Fondo de Población de las Naciones Unidas(UNFPA);Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer;Organización Internacional del Trabajo; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); El Banco Mundial.

declaración se reconoce la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes y niveles, internacional, regional y nacional, todo ello con el propósito de prevenir nuevas infecciones por VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia (5).

En el año 2006, el compromiso de Naciones Unidas consistió en asegurar el acceso universal para la prevención, tratamiento, atención y servicios de apoyo relacionados al VIH para todos los que lo requieran para el año 2010 (6).

El año 2011, los estados miembros refuerzan su compromiso político para detener la epidemia del SIDA y mitigar sus efectos. La declaración enfatiza que el éxito de la respuesta al SIDA depende del cumplimiento de los objetivos en los plazos definidos. Son diez los objetivos, que serán monitoreados y evaluados por ONUSIDA y para lo cual se elaboraron directrices para su monitoreo y cumplimiento por parte de los estados miembros (7).

Después de haber revisado algunos antecedentes generales sobre VIH-SIDA que son relevantes para el propósito de la presente tesis, conviene analizar algunos otros antecedentes más específicos y vinculados a clasificación de la epidemia, poblaciones y riesgos y, también, algunos elementos que deben considerarse en un abordaje integral del VIH-SIDA.

3.2.-Clasificación de la epidemia, poblaciones en riesgo y abordaje integral del VIH-SIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el ONUSIDA, clasifican las epidemias de VIH en tres grandes categorías: de bajo nivel, concentrada y generalizada (8).

Epidemia de bajo nivel: La propagación de la infección por VIH no ha alcanzado niveles significativos en ninguna subpoblación. Las infecciones se limitan a personas con comportamiento de alto riesgo, a menudo forman parte de un subgrupo, ejemplo trabajadoras sexuales. La prevalencia del VIH no ha excedido en ninguna subpoblación el 5%.

Epidemia concentrada: El VIH se ha propagado de manera importante en una o más subpoblaciones, pero no así en la población general. La prevalencia de VIH es sistemáticamente superior al 5% en subpoblaciones, pero no supera el 1% en embarazadas. El curso de la epidemia, dependerá de la frecuencia y la naturaleza de los vínculos entre la subpoblación con altos índices y la población general.

Epidemia generalizada: El VIH se ha establecido sólidamente en la población general. Si bien las subpoblaciones de mayor riesgo, contribuyen de manera importante en la propagación de la infección. Las redes sexuales de la población general, son suficiente para mantener la propagación del virus en la población general. La prevalencia en embarazadas, se mantiene sistemáticamente por sobre el 1%.

Al analizar los factores de riesgo, desde una perspectiva poblacional, se reconoce que existen comportamientos de riesgo que favorecen la trasmisión del VIH, y que luego pueden impulsar gran parte de nuevas infecciones. Entre éstos comportamientos destacan, relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales anales sin protección con parejas múltiples, y la inyección de drogas con jeringas y preparados compartidos (8)

En consecuencia, los grupos de población en los que se concentran este tipo de comportamientos incluyen:

- Mujeres que ejercen el comercio sexual
- Clientes de mujeres que ejercen el comercio sexual
- Consumidores de drogas inyectables
- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).

Reportes epidemiológicos, relevan que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a menudo se infectan cuando son muy jóvenes, con una mediana de la prevalencia del VIH del 5,4 % en los menores de 25 años, de acuerdo con estudios realizados principalmente en países con epidemias concentradas (9), como es el caso chileno.

De acuerdo a recomendaciones de ONUSIDA, son los comportamientos de riesgo, por lo que deben priorizarse las intervenciones en aquellas poblaciones consideradas de mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH, e identificar las poblaciones que deberían tener prioridad, en los esfuerzos de vigilancia y evaluación de programas tanto a nivel nacional como subnacional (8).

Abordaje poblacional frente al VIH: Por otra parte, en la búsqueda de evidencia del abordaje preventivo poblacional frente al VIH-SIDA hay un amplio espectro de acciones que se han desarrollado para abordar esta Pandemia, entre los actores que tienen un rol activo y permanente en la lucha contra el SIDA, se encuentran las organizaciones no gubernamentales (ONG), quienes desempeñan un papel decisivo en la sensibilización de gobiernos y organismos de las Naciones Unidas, para que tomen medidas concretas, tanto a nivel nacional como internacional.

Un grupo internacional de ONG asociadas desarrollaron El Code of Good Practice for NGOs Responding to HIV/AIDS (el‘Código’), para proporcionar una visión compartida de las buenas prácticas a las que las ONG se pueden comprometer y de las que pueden responsabilizarse. El Código esboza principios y prácticas que son informadas con base en la evidencia y subraya las respuestas exitosas de las ONG hacia el VIH. Además identifica una serie de áreas que son clave para la planeación del VIH y articula los principios fundamentales que deberían aplicarse a los programas de VIH en cada una de estas áreas (10)

El Código establece principios rectores, principios organizativos y programáticos. Entre los principios rectores se encuentran la participación de los afectados, tanto

individuos como comunidades, enfoque centrado en los derechos humanos, la Salud Pública, enfoque de vulnerabilidad de la población. Entre los principios organizativos, se destacan: participación, asociaciones multisectoriales, acción de órganos de gobierno, desarrollo organizacional, abogacía, investigación (10).

En el ámbito programático, foco de nuestro problema, el código plantea, asesoramiento para la realización de pruebas voluntarias, la lucha contra el estigma y la discriminación, prevención focalizada, tratamiento, atención y apoyo a personas afectadas por el VIH.

En el ámbito de la prevención, se indica: “Para alentar a las personas a modificar sus comportamientos, es necesario influir en las normas sociales relativas a los comportamientos de riesgo y enfrentar las barreras sociales, económicas, jurídicas y políticas que impiden una prevención eficaz, debemos combinar múltiples enfoques de prevención”, entre éstos (10):

- Información accesible y apropiada sobre los riesgos de infección por el VIH y los medios de prevención en relación con dichos riesgos;
- Programas adaptados de información, educación y comunicación, incluyendo la promoción de la salud sexual, el asesoramiento, los grupos de discusión y el apoyo inter pares;
- Acceso al uso de productos de prevención, incluidos el preservativo masculino y femenino, agujas y jeringuillas esterilizadas, así como información sobre dichos artículos;
- Programas de comercialización social y educación comunitaria que movilicen a las comunidades e influyan en las normas comunitarias para apoyar y sostener comportamientos más seguros;
- Acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias, y a los programas de tratamiento, atención y apoyo, incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo;
- Esfuerzos de abogacía para hacer frente a las barreras sociales, económicas, jurídicas y culturales que impiden una prevención eficaz del VIH.

3.3 Efectividad de intervenciones poblacionales

Entre las revisiones sistemáticas analizadas y referidas a intervenciones biomédicas de tipo poblacional, se encuentra el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Considerando que las conductas de riesgo para la transmisión de las ITS, son similares a la transmisión del VIH (relaciones sexuales penetrativas sin protección, con diferentes parejas), es relevante determinar la repercusión de las intervenciones biomédicas poblacionales para las ITS sobre la incidencia de la infección por VIH. Los resultados consignan lo siguiente: “El predominio de las pruebas de los ensayos controlados con asignación aleatoria comunitaria indica que las intervenciones biomédicas para el control de las ITS no son una estrategia efectiva para la prevención de la infección por VIH y no existen pruebas de la eficacia en poblaciones donde la incidencia de infección por VIH no aumenta rápidamente” (11).

Algunos autores, (12), señalan que las estrategias de prevención del VIH, han estado orientadas mayoritariamente a población general, que tiene baja prevalencia de VIH, en desmedro de la población con mayor riesgo que requiere iniciativas focalizadas.

El Banco Interamericano de Desarrollo (12), en un esfuerzo por aportar a la construcción de la respuesta frente a la epidemia del SIDA, en la región de las Américas y el Caribe, contribuye con la siguiente sistematización de estrategias preventivas más utilizadas. Con la salvedad de que el conocimiento actualizado, indica que las intervenciones de control de ITS, no tendrían un efecto sobre la disminución de la infección sobre el VIH. Las otras intervenciones preventivas se corresponden estrategias eficaces, según la literatura especializada revisada, fundamentalmente ONUSIDA. Basados en el análisis de la tabla N°1, los resultados de las intervenciones, se pueden clasificar como de impacto alto, impacto medio, e impacto limitado. Las intervenciones más eficaces en materia de

prevención, estarían asociadas a las intervenciones entre pares, tanto en trabajadores sexuales, hombres con conductas de mayor riesgo y jóvenes. Con nivel de impacto medio, se hace referencia a la consejería y tamizaje, pero con la observación que estas estrategias se realizan por libre demanda y no como búsqueda u ofrecimiento activo a población con conductas de riesgo. Las campañas comunicacionales o de medios, cuyo foco es el llamado de conciencia respecto de la existencia del VIH, información de prevención, pero no el cambio de conductas de riesgo de la población, serían de limitado impacto. Así mismo las intervenciones de tipo educacional para jóvenes, dado la diversidad de la calidad de los programas educativos, y formatos pedagógicos conservadores.

Tabla 1: Cuadro de Intervenciones Preventivas para población General.

Tipo de intervención	Nivel de evaluación de impacto*	Frecuencia de implementación	Asunción del Estado	Asunción de ONG	Permanencia en el tiempo
Intervención de pares con TS	Alto	++	++ Directa/Indirecta°	++	Años noventa
Intervención con hombres	Alto	+	+ Directa/Indirecta	0/+	Años noventa
Consejería y tamizaje voluntario	Medio	+++	+++ Directa/Indirecta	++	Ochenta y noventa
Manejo mejorado de ITS	Medio	++/+++	++/+++ Directa	+	Fines de los noventa
Campaña de Medios	Limitado	+++	+++ Directa	+	Fines de ochenta y noventa
Educación sexual para jóvenes	Limitado (sobre ITS)	++/+++	++/Directa	+++	Años noventa

Fuente: La Prevención del VIH en América Latina y El Caribe. BID 2003•Según CMS-OMS (2001)

° Directamente desde el sistema de salud o indirectamente a través de subcontratos con ONG-

En el año 2000, ante los cuestionamientos de la eficacia del uso de preservativo para la prevención del VIH en los Estados Unidos. The American Foundation for AIDS Research, realizó revisiones sistemáticas de la literatura científica, en torno a la eficacia y efectividad del uso de preservativos para hombres y mujeres, en la reducción del riesgo de adquirir el VIH y otras siete ITS. Los resultados fueron

concluyentes en la efectividad para la prevención del VIH en hombres (80-95%), cuando los preservativos de látex se usan correctamente. Por otra parte, estudios de laboratorio y ensayos clínicos demostraron la efectividad del preservativo femenino para el control de las partículas incluso más pequeñas que las que producirían ITS, y se ha estimado la reducción del riesgo de adquirir el VIH en mujeres al utilizar correctamente el preservativo femenino, en un 94-97% (13).

De acuerdo a revisiones sistemáticas (14), para identificar si las intervenciones conductuales, logran reducir el VIH y las ITS, los autores concluyeron que estas intervenciones tienen éxito al mejorar el uso del condón y la reducción de ITS, incluido el VIH, con efectos que persisten por períodos de hasta 4 años. “La implementación de las intervenciones conductuales eficaces en una amplia gama de grupos de la población debe ser una alta prioridad. Las intervenciones tuvieron más éxito a mejorar el uso del condón cuando se abordaron las barreras socioculturales de sexo más seguro” (14). Lo anterior, debido a que existirían una serie de factores sociales, culturales y económicos que influyen en el uso del condón, como es la pobreza, la desigualdad de género, y el riesgo de estigmatización. Todos factores con mayor influencia del individuo en la transmisión del VIH. Otros problemas de la vida a menudo son más preponderantes que adquirir el VIH, tal es el caso de las personas con necesidades de supervivencia, quienes se verían forzados a tener prácticas y relaciones de mayor riesgo. Los resultados de éste meta-análisis sugieren que el tratamiento de las barreras socioculturales dentro de las intervenciones parece que son más eficaces en la reducción del riesgo sexual.

El UNAIDS Global Report 2013, se releva la importancia de mejorar el acceso al tratamiento de las personas diagnosticadas, y esto implica primariamente y como recomendación que en “entornos geográficos y poblaciones con alta prevalencia e incidencia del VIH, se recomienda que las personas VIH-negativas se sometan a una prueba del VIH cada año”. En esta misma publicación, y con un enfoque de mejorar el impacto de las intervenciones de Salud Pública, se menciona como

experiencia exitosa para la adherencia al tratamiento de personas afectadas por VIH, el trabajo de Catholic Relief Services, una organización miembro de Caritas Internationalis, que ha trabajado con un consorcio de socios para implementar el programa AIDS Relief, quienes realizan servicios de atención y tratamiento contra el VIH para las poblaciones pobres y marginadas de 10 países de África, el Caribe y América Latina. El programa trabajó principalmente con socios religiosos locales, entre ellos, hospitales, clínicas, dispensarios y grupos comunitarios locales, incluidas las personas que viven con el VIH, logrando una tasa de adherencia de 85% y supresión de la carga viral de 88,2% (15).

A nivel regional, el año 2014, en el Primer Foro de Latino América y el Caribe, (OPS, OMS/ONUSIDA), sobre el continuo de la atención del VIH. Los países miembros y colaboradores, establecieron nuevas metas a alcanzar en 2020, con el propósito de incrementar el diagnóstico de la infección, aumentar el número de personas bajo tratamiento antirretroviral (TARV), y reducir su carga viral a valores indetectables. Lo anterior, en concordancia con la respuesta acelerada planteada por ONUSIDA, para poner fin a la epidemia al 2030 (16).

La meta, denominada “90-90-90”, espera reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por SIDA. Lo anterior basado, en las estimaciones OPS-OMS, que el 70% de las personas que viven con VIH en la región conocen que están infectadas. El 43% de ella, tendría cobertura TARV (con un umbral de 500 CD4+/mm³), y de éstas el 66% tendrían supresión serológica. Entre los avances declarados en esta reunión, quisiera relevar información promocionada por OPS/OMS, que indica “haber bajado del 40% al 35% la cantidad de personas que llegan **tarde al diagnóstico**, entre 2012 y 2013. Este descenso daría cuenta de la expansión de la prueba de VIH en algunos países” (16).

Habiendo analizado, en la primera sección del presente capítulo de marco teórico, algunos antecedentes generales sobre VIH-SIDA y, en la segunda sección recién concluida, otros antecedentes más específicos como clasificación de la epidemia,

poblaciones en riesgo y abordaje integral del VIH-SIDA y desafíos en Salud Pública, en la siguiente sección se avanza hacia una descripción de la epidemia de VIH-SIDA en Chile.

3.4- La Epidemia del VIH en Chile

El primer caso de SIDA del país, se notificó el año 1984, a partir de esa fecha se comienza a tomar conciencia de la problemática, abordándolo desde un enfoque tradicional de vigilancia epidemiológica y con algunas acciones dirigidas desde el sector público de salud. A nivel nacional, el programa nacional del Sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS), tiene su origen en el año 1990, con la creación de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), entidad autónoma, dependiente del Subsecretario de Salud Pública, que incorpora a su ámbito de acción las enfermedades de transmisión sexual en el año 1997. La entidad dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL), funcionó entre los años 1990 al 2010, y tuvo como misión “promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biopsicosocial del VIH/SIDA y las ITS, de acuerdo a criterios técnicos de referencia y a los principios de gobierno de participación, descentralización, equidad e intersectorialidad”. La Comisión Nacional del SIDA desarrolló áreas de trabajo y competencias en torno a la prevención, atención integral, estudios, enfermedades de transmisión sexual, comunicaciones, presupuesto y administración (17).

Según la evaluación encargada por la Dirección General de Presupuesto (DIPRES), período 2006-2009, la Institución responsable del programa nacional del Sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS), es el Ministerio de Salud. Participan en el Programa, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, los tres dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo, participa la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y los Organismos Autónomos:

Fondo Nacional de Salud (FONASA), Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST), Instituto de Salud Pública (ISP) y Superintendencia de Salud (SIS). También, participa la red de salud a través de los establecimientos asistenciales donde se realiza la atención a las personas. El Programa en CONASIDA y las áreas que lo componen dependen de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) que a su vez depende de la Subsecretaría de Salud Pública. Es coordinado desde CONASIDA por el Coordinador Ejecutivo de la misma. El objetivo del Programa es disminuir la transmisión y la morbilidad asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (18).

De los ejes de trabajo previamente descritos en la evaluación del mismo programa en el año 2000, se incorpora un nuevo eje “la cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional”. Este eje se orienta a generar una respuesta nacional ante el VIH/SIDA e ITS con alta participación y asociatividad entre el Estado con la sociedad civil, que considera la colaboración de otros sectores y organismos del Estado, establece relaciones internacionales y compromisos, y la cooperación técnica global y regional. El Programa establece una alianza estratégica con Organizaciones no Gubernamentales, asociaciones de personas viviendo con VIH (PVVIH), organizaciones comunitarias, movimientos de la sociedad civil, centros académicos y sociedades científicas, que es llevada adelante mediante una definición de instancias de coordinación y gestión de nivel nacional y regional. Por su parte, la estrategia de intersectorialidad se organiza como una relación de colaboración bilateral entre el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, y otros sectores y organismos del Estado, estableciendo áreas de colaboración transversal y coordinación, utilizando los mecanismos de convenios marco y acuerdos de trabajo. Las relaciones internacionales y la cooperación técnica global y regional se llevan adelante principalmente en el marco del Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), formado por las Agencias de Naciones Unidas con presencia en el país, que presta asistencia técnica a los diversos actores del Programa (18).

El trabajo de descentralización de la respuesta integral al VIH Sida y las ITS, que sea realizaba a través de los Servicios de Salud, a partir de la Reforma de la Salud en el año 2005, con la consiguiente separación de funciones, los aspectos relativos al trabajo intersectorial y la asignación presupuestaria para prevención, se desconcentra en el territorio a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, que son organismos de carácter regional dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública.

A partir del año 2011, se da término a la CONASIDA responsable ejecutivo del VIH/SIDA y las ITS, dependiente del Subsecretario de Salud Pública, dando pasó al programa nacional del SIDA y las ITS, dependiente de la División de Prevención y Control de enfermedades, estructura orgánica vigente hasta la fecha.

Entre los hitos relevantes en materia de control del SIDA en el país, se encuentran la aprobación de la Ley de SIDA N° 19.779 en el año 2005. Mismo año en que queda garantizado por ley el tratamiento para el SIDA través de su incorporación a las Garantías Explícitas en Salud (GES, con garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera).

En consonancia con los esfuerzos de control del VIH-SIDA en nuestro país, la vigilancia epidemiológica de la infección se realiza fundamentalmente por mecanismo **pasivo**, por notificación obligatoria de los casos de SIDA (de acuerdo a la definición del CDC 1987) y personas infectada por VIH asintomáticas (portadoras) diagnosticadas en el país también se realizan eventuales estudios de seroprevalencia de VIH, que corresponde al mecanismo activo de la vigilancia. El análisis de la información generada por el sistema de vigilancia pasiva permite caracterizar la epidemia de infección por VIH/SIDA en nuestro país (19).

Según el Informe Nacional de Evaluación VIH/SIDA, Chile 1984-2012 (20), en Chile los primeros casos de SIDA se notificaron en 1984, desde esa fecha al año 2012, se han notificado 29.092 casos de VIH o SIDA. De estos un 56% lo ha hecho en etapa VIH y 44 % en etapa SIDA.

Desde 1984 hasta el 2010, tanto la tasa de casos notificados de SIDA como de VIH, han ido en aumento, mostrando un descenso en el 2006 para luego mostrar un aumento sostenido hasta el 2009 y luego volver a bajar el 2010. Sin embargo el 2011 se presenta la mayor tasa de notificación, que para el SIDA fue de 6,0 por cien mil habs. Y para VIH de 9,6 por cien mil habs. En el 2012 la tasa se mantuvo relativamente estable.

El principal grupo poblacional afectado fueron adultos entre 20-49 años, específicamente el de 20-39 años. Se destaca que el grupo de 15-19 años mostró una tasa ascendente en el último quinquenio, y que los niños de 5-9 años en el período 2008-2012 doblaron la tasa del quinquenio anterior.

El número de casos en hombres superó ampliamente al de mujeres, tanto en VIH como en SIDA, sin embargo, las mujeres a través de los quinquenios mostraron un sostenido aumento, que en etapa SIDA es paulatino, mientras en etapa VIH, este aumento es marcado.

Las regiones que concentran las mayores tasas de VIH y SIDA en los tres últimos quinquenios son, Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y la Región Metropolitana.

Las tasas de VIH en todas las regiones, fueron mayores que las mostradas en etapa SIDA.

La proporción de personas con educación media y superior fue más alta que la observada en población general (CENSO 2002). En general los hombres tuvieron mayor nivel educacional que las mujeres.

En el país la principal vía de transmisión es la sexual, representando un 99%, en el quinquenio 2008-2012. La vía más declarada son las prácticas de sexo entre hombres, concentrando el 61% de los casos en este mismo quinquenio. Por su parte, la vía heterosexual se ha mantenido constante.

Del total de casos de VIH/SIDA notificados en Chile entre 1984 y 2012, el 56% se notificó en etapa VIH mientras que el 44% fue notificado en etapa SIDA, mostrándose una tendencia a la disminución de esta última. Situación que se espera profundizar, promoviendo el acceso al diagnóstico en etapas más precoces. El diagnóstico tardío es menor en mujeres probablemente por mayor

acceso al test de detección (programa de la mujer, control de embarazo, control de salud sexual, entre otros).

El 98% de las personas notificadas en el último quinquenio fueron de nacionalidad chilena, el 2% se distribuye entre personas peruanas, colombianas, argentinas, mayoritariamente. Estas personas han sido notificadas principalmente en las regiones de Tarapacá, Arica y Parinacota, sin embargo las altas tasas de infección observadas por estas regiones, no responden a la infección notificada en personas extranjeras.

Las conductas sexuales inseguras fueron de alta prevalencia, y no presentaron diferencias entre personas que declaran haber adquirido el VIH en relaciones heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Ello implicaría la necesidad de profundizar las estrategias de prevención secundaria, lo que debería tener un impacto individual y de salud pública.

Hasta el año 2011, fallecieron 7.842 personas a causa del SIDA. El 87% de ellos corresponden a hombres. La tasa más alta de mortalidad se registra en el grupo de 30-49 años. La región de Arica y Parinacota, mostró la tasa más elevada a nivel nacional, siendo coincidente con las mayores tasas de notificación de VIH/SIDA.

En la sección que concluye, el desarrollo del esfuerzo analítico ha estado puesto en una descripción de la epidemia de VIH-SIDA en Chile. Dado el foco regional de la presente tesis en la región de Arica y Parinacota, después de conocido el contexto nacional, conviene entonces analizar la situación de VIH-SIDA en la Región de Arica y Parinacota.

3.5- VIH-SIDA en la Región de Arica y Parinacota

Según el informe de Situación Epidemiológica del VIH/SIDA de la región de Arica y Parinacota (21), entre 1990 y 2012 se han notificado **741** casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana de los cuales 421 (56,8%) fueron notificados en etapa VIH y 320 en etapa SIDA (43,2%).

Desde 1990 a la fecha, la tasa de notificación de VIH/SIDA en la región, ha ido aumentando en forma sostenida, superando tasa promedio país desde 1992 a la fecha. A partir del año 1996 se duplica la tasa país, y a partir del 2002 en forma oscilante se triplica la tasa país, alcanzando tasas sobre los tres dígitos el año 2008. Esta fecha coincide con el inicio del funcionamiento de la notificación en línea, lo que ha mejorado la oportunidad de la notificación y posteriormente a partir del año 2010, se norma el monitoreo y seguimiento de la comunicación de resultados a los usuarios, lo que implica una búsqueda activa de los casos.

La tasa más alta del período, se alcanza el año 2012 con 42,4 por cien mil habitantes, un año después que el país alcanzara su tasa máxima de 15,4 por cien mil hab. Desde el inicio de la epidemia, las tasas de notificación en etapa VIH y SIDA eran similares, incluso en algunos años la tasa de SIDA superó a la tasa de VIH. Es a partir del año 2001 que se revierte esta situación, incrementándose la notificación en etapa VIH, por sobre la etapa SIDA, siendo el año 2011, en que ambas etapas se igualan, alcanzando tasas de 15,3 por cien mil en ambas etapas. El año 2012 se revierte esta situación preocupante, aumentando la notificación en etapa VIH en un 73,3%, mientras que la etapa SIDA sólo aumenta un 4,6%, lo que se mantiene en el año 2013, pero con una brecha más baja. Lo anterior puede corresponder a las campañas de comunicación nacional y regional, que promueven la toma del examen y otras estrategias regionales, que son motivo de esta tesis.

Respecto del riesgo de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana, se observa que tanto a nivel nacional como regional, los hombres presentan mayor riesgo que las mujeres a lo largo de todos los períodos estudiados. En el quinquenio 2008-2012, el riesgo país de hombres es 5,1 veces el de las mujeres y

3,0 a nivel regional. Lo que indica que las mujeres de la región tienen un riesgo mayor de adquirir el VIH/SIDA que el promedio de mujeres del país. El análisis de tendencias, muestra que hombres y mujeres han registrado un aumento sostenido en las tasas de notificación. En el último quinquenio y en comparación con el quinquenio 2003-2007, a nivel regional los hombres presentan un alza de 70,1%, mientras que la notificación de mujeres aumenta en un 55%. A nivel nacional, los hombres presentan un aumento de 52,3%, y las mujeres de un 32,7%.

Al desagregar la información por grupos etario, la mayor tasa quinquenal de notificación, corresponde al grupo de 30-39 años, 20-29 y 40-49 años, registrando en el quinquenio 2008-2012 una tasa de 350, 2; 348,1 y 221,18 respectivamente. Es importante relevar que la tasa país más alta corresponde al grupo de 20-29 años, lo que indicaría que la región pesquiza en forma más tardía, coincidentemente con su mayor tasa de letalidad, que a continuación revisaremos.

Todos los grupos etarios, salvo el de menores de 5 años, presentan un incremento en las tasas en los dos últimos quinquenios, especialmente preocupante es la tasa del grupo de 15-19 años de 96,1 por cien mil habitantes, con un riesgo 3,6 veces muy superior a la tasa país, y con la limitación del acceso a la pesquisa en el grupo de menos de 18 años, que de acuerdo con la legislación vigente, debe realizarse con el consentimiento de sus padres o tutor legal.

La tasa de notificación del virus del VIH en mujeres se incrementa en todos los grupos etarios, siendo la mayor tasa de notificación el grupo de 20-49 años, y una tendencia creciente en el grupo mayor de 49 años.

El nivel de escolaridad, es predominantemente enseñanza media, con mayor nivel de instrucción técnica superior en hombres, y media y básica en mujeres.

De la notificación por nacionalidad en el último quinquenio, el 94,2% corresponde a chilenos, 3,2% peruana, y 1,8 Boliviana. Por su parte este porcentaje en el país es de 2%.

Al analizar la información acumulada (1990-2011) por sexo, se observa que la tasa de fallecidos del sexo masculino 86,8% supera ampliamente a las mujeres 14,6% en todo el período analizado, observándose una tendencia al ascenso en mujeres desde el año 2006, cuando la tasa de mortalidad en mujeres era de 1,0 por cien mil, llegando 5,3 por cien mil habitantes el año 2011. Por su parte el país ha mantenido tasas bajo el 1 por cien mil, hasta el año 2011 que se eleva a 1,1 por cien mil habitantes.

De acuerdo a un análisis por los grupos de edad, y por quinquenio, se observa que la mayor tasa de mortalidad promedio del quinquenio (2007-2011) corresponde al grupo de 50-59 años (90,6 por cien mil), mientras que en el quinquenio anterior la tasa más alta correspondía al grupo de 40-49 años.

En la región la tendencia de la curva de letalidad es claramente al ascenso en ambos sexos, lo que difiere significativamente con la tendencia del país que es al descenso. Si bien el desplazamiento de la mortalidad en los grupos de mayor edad, estaría explicada por los efectos de la Terapia Antiretroviral (TAR). La letalidad estaría siendo afectada por el diagnóstico tardío y la adherencia, que implica que algunas personas infectadas por el VIH ingresan a tratamiento en etapas muy avanzadas de la enfermedad, aminorando el impacto de la terapia. En relación al sexo, vemos que para el quinquenio 2007-2011, la mortalidad en mujeres aumentó en 176% respecto al periodo anterior, mientras que en hombres sólo lo hizo en un 6,7%.

3.6 Programa Centro Regional de información, apoyo a la Consejería, y diagnóstico del VIH:

A fin de contribuir al complejo problema de la epidemia del VIH en la región, la Mesa Regional Intersectorial del VIH-SIDA, a través de la Secretaria Regional Ministerial de Salud, diseñó un programa denominado “Centro Regional de Información, apoyo a la Consejería y Diagnóstico del VIH, en grupos socialmente excluidos en la Región de Arica y Parinacota “, cuyo propósito fue contribuir a

reducir el riesgo de enfermar y morir de VIH/SIDA. El programa fue formulado bajo la metodología del marco lógico, financiado por el Consejo Regional (CORE), a través Fondo de Desarrollo Regional (FNDR) y ejecutado por la Secretaria Regional Ministerial de Salud de Arica y Parinacota, durante un periodo de 33 meses. En noviembre del año 2014, finaliza la etapa de ejecución del programa, que en su diseño establecía una evaluación del mismo, la que sería realizada por la Organización de Naciones Unidas Contra el SIDA (ONUSIDA). Sin embargo dicho compromiso no se pudo concretar, porque la oficina local del organismo internacional, dejó de funcionar en Chile, el año 2013.

La Seremi de Salud, propuso mantener el Programa por cinco años más, con financiamiento de Ministerio de Salud, quien lo financia en la actualidad, pero esta solicitud carece de una evaluación objetiva, basada en los resultados alcanzados.

El Programa, en su formulación fue considerado como una iniciativa piloto, que tenía como propósito “Contribuir a reducir el riesgo de la población regional de enfermar y/o morir por VIH-SIDA”. Lo que se esperaba alcanzar a través del logro de objetivos específicos y componentes del programa.

Objetivos Específicos del Programa

- 1.- Acercar los Servicios de prevención, consejería y diagnóstico a la población vulnerable a través de un servicio de base comunitaria, con personal especializado y en horario adecuado a población trabajadora.
- 2.- Mantener y aumentar la percepción social de riesgo poblacional, la pesquisa precoz y las medidas de prevención a través del diseño e implementación de una campaña comunicacional en etapas.
- 3.- Mejorar la oportunidad del diagnóstico y la reducción de la transmisión del VIH, a través del acceso a pruebas diagnósticas y el uso sostenido del preservativo en población vulnerable.

Descripción del Programa “El Centro Comunitario Modelo, se planteó, ser un espacio amigable para la entrega de información, consejería, prevención y apoyo al diagnóstico del VIH-SIDA. Accesible a la comunidad y alternativo a los centros públicos de Salud, que permitiera el acceso oportuno de población discriminada o excluida socialmente, consultante espontánea o por medio de estrategias de pesquisa focalizada en población vulnerable. Complementariamente al Centro, se plantearon estrategias de comunicación social periódicas y acciones vinculantes con la mesa intersectorial de Prevención del VIH-SIDA, para la promoción de acciones orientadas a la no discriminación y el estigma” (22).

Componentes del Programa

- Consejería especializada en VIH e Infecciones de transmisión sexual
- Toma de muestras y análisis de prueba serológica test de ELISA para pesquisa de VIH
- Entrega de preservativos masculinos y educación del correcto uso
- Talleres de prevención de VIH e ITS
- Actividades de difusión comunitaria
- Campaña comunicacional regional anual, que incluye el Foro teatro en grupos focalizados
- Centro de Documentación, con información especializada en VIH y temas afines.

Metas e indicadores de evaluación del Programa:

Las tablas N°2 y N°3, representan una síntesis de los indicadores y metas definidas ex ante, que se propuso monitorear, y alcanzar al término de la ejecución del programa.

Tabla 2: Matriz de Indicadores de Resultados y Metas del Programa:

Indicadores de resultados esperados:	Línea Base	Meta 2013	Fuente
a. % Toma de muestras para VIH voluntarias en población vulnerable (trabajador@s sexuales; población HSH; población consumidora de alcohol y drogas).	0,116	Aumentar en un 100% la toma de muestra voluntaria, de 11, 6 a 23,2%	Estudio Consultoría OPS, Quinquenio 2005-2009 (pág. 36). Registro nacional de casos.
b. Razón oportunidad de diagnóstico (% de pesquisa etapa VIH vs SIDA) en hombres.	VIH= 57,3%, SIDA = 42,7%	Mejorar la oportunidad de diagnóstico VIH= 65%, SIDA = 35%	Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud. Quinquenio 2005-2009
c. Razón oportunidad de diagnóstico (% de pesquisa etapa VIH vs SIDA) en mujeres.	VIH= 67,1%, SIDA = 32,9%	Mejorar la oportunidad de diagnóstico VIH= 70%, SIDA = 30%	Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud. Quinquenio 2005-2009
d. % Aumento de las tasas de incidencia VIH-SIDA en los primeros años de implementación del programa (por mayor pesquisa).	Tasa incidencia VIH-SIDA	Aumentar en un 30% la tasa de notificación.	Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud. Año 2009.
e. % Aumento de la positividad de las pruebas de VIH de acuerdo a situación basal (asociado a mejorar la focalización de la pesquisa).	0,66% positividad población general	Duplicar tasa 1,2%	Estudio Consultoría OPS, Quinquenio 2005-2009 (pág. 27). Análisis ENO.
f. Mejorar el índice de estigma y discriminación.	En elaboración línea base	Mejorar respecto de línea base	Estudio ONUSIDA 2011
g. Incrementar el Porcentaje de uso del preservativo en población de 15-29 años los últimos 12 meses (siempre).	En procesamiento dato por INJUV	Duplicar %	Encuesta INJUV 2009- 2013

Fuente: (Sanhueza, 2011)

Tabla 3: Indicadores de Proceso:

Indicador de proceso de monitoreo mensual, semestral o anual
1) % de incremento de población que accede a consejería.
2) % Incremento población que se realiza pruebas de ELISA.
3) % de aumento en la positividad de las pruebas diagnósticas.
4) N° de organizaciones que acceden al Centro de documentación.
5) N° de Consultas usuarios al Centro de documentación.
6) Evaluación de impacto de cobertura y efectividad de la campaña.
7) Porcentaje de cumplimiento de Carta Gantt
8) N° de Consultas al Centro de documentación.
9) N° de atenciones de Consejería.
10) % de obras ejecutadas.
11) % de Campaña ejecutada.
12) Evaluación externa realizada.

Fuente: (Sanhueza, 2011)

Hasta este punto del desarrollo del capítulo de marco teórico, el esfuerzo analítico ha estado puesto en la revisión de la situación del VIH-SIDA, tanto en términos de antecedentes generales, con algún grado de especificidad, así como la caracterización de la situación de VIH-SIDA en Chile y en la Región de Arica-Parinacota.

Para completar la revisión del estado del arte que se pretende presentar en la organización del presente capítulo, se hace necesario revisar algunos aspectos conceptuales relacionados con la evaluación de políticas y programas en salud. Esto es, justamente, el foco de la siguiente sección.

3.7.- Evaluación de Políticas y Programas

La evaluación de las políticas y programas es un desafío creciente, no sólo por la rendición de cuentas a la comunidad y financiadores de proyectos y programas sociales, sino también porque la evaluación es fuente de evidencia para las políticas públicas.

La evaluación de las políticas, planes y programas en salud es una función de la Autoridad Sanitaria, definida en la ley 19.937 del año 2004, reglamento N°136. Sin embargo esta función en la práctica no se desarrolla en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS), por razones diversas, entre las que destacan las brechas en competencias técnicas y la focalización de la SEREMIS en funciones relativas a la vigilancia epidemiológica, la fiscalización y promoción de la Salud.

El grupo de expertos en Evaluación de Programas de Asistencia Internacional de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico/Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE/CAD), han definido la evaluación de la siguiente manera: "un escrutinio -- lo más sistemático y objetivo posible -- de un proyecto,

programa o política en ejecución o terminado, y sus dimensiones de diseño, ejecución y resultados. El propósito es determinar la pertinencia y logro de los objetivos y la eficiencia, efectividad, impacto y sustentabilidad del desarrollo." Una evaluación debe proporcionar información que sea creíble y útil, para permitir la incorporación de la experiencia adquirida en el proceso de adopción de decisiones tanto del prestatario como de los donantes (23) .

3.7.1 Conceptos y tipos de evaluación

El enfoque tradicional de la evaluación ha estado centrado en proyectos y especialmente en la fase de decisión relacionada con la aprobación de éstos, llamada evaluación ex ante de proyectos. Este enfoque se ha ido generalizando y adaptando para aplicarlos en programas y políticas públicas, que han pasado por la fase de implementación.

El énfasis en una gestión orientada a resultados y la necesidad de rendir cuentas por el uso de recursos, y de generar aprendizaje a partir de la experiencia, ha generado un mayor interés en la evaluación como una disciplina que contribuya a estos desafíos de la gestión pública moderna (24)

Desde la perspectiva de la gestión pública, la evaluación se puede llevar a cabo por dos propósitos principales y dependiendo de éstos, se pueden aplicar distintos tipos de evaluación (24).

Si el propósito radica en aprender de la experiencia, obteniendo lecciones que puedan aplicarse con el fin de mejorar el diseño e implementación de políticas públicas (proyectos y programas), entonces, podemos realizar evaluaciones de tipo formativas, cuya finalidad es el aprendizaje (24).

Si por otra parte, el propósito de la evaluación, es la rendición de cuentas, sea a la comunidad o los financistas, entonces, podemos utilizar las evaluaciones sanativas, que formulan un juicio sobre el valor de lo evaluado.

Dependiendo del momento en que se realizan las evaluaciones, se puede distinguir a la evaluación ex ante, que corresponde al proceso de diseño de las políticas públicas, y que consiste en una consideración de la relevancia o pertinencia de la intervención y de una estimación de los posibles efectos.

Si la evaluación se realiza después de iniciada la intervención, pero antes de que finalice, es una evaluación intermedia.

Cuando la política, proyecto o programa, tiene una etapa de finalización o término, las evaluaciones realizadas se denominan evaluaciones terminales o evaluación ex post, y en general se desarrollan años después de terminada la iniciativa.

En los Programas se utiliza un tipo de evaluación terminal, que se realiza dentro de los primeros 6 meses de terminado el proyecto y/o programa, que es previa a la evaluación ex post, siendo ambas evaluaciones de término (24).

Es importante relevar, que en los procesos de evaluación de políticas, es probable que se encuentren efectos no buscados, positivos y/o negativos. Por ello es importante en una evaluación, verificar lo que sucedió, el grado en que se cumplieron los objetivos, lo cual permitirá mejorar la eficacia² y eficiencia³ de las intervenciones futuras, y evitando o mitigando los efectos negativos indeseados.

Si nuestro propósito es aprender de la experiencia, hay diferentes tipos de evaluaciones, como las de proceso, que se focalizan en los mecanismos e instrumentos a través de los cuales se ha intentado lograr determinados objetivos y, las de impacto, que se centran en los resultados último de las políticas públicas,

²Eficacia, Grado en que una intervención produce un resultado beneficioso en los receptores del programa,

³Eficiencia, Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleado

o sea, en las modificaciones logradas en un conjunto de variables-objetivo. En este último caso, como no siempre es posible evaluar el efecto atribuible de una política (proyecto o programa), es posible complementar el análisis de impacto con un análisis de proceso. Se pueden monitorear los indicadores de proceso siempre y cuando los procesos definidos para lograr un determinado resultado sean a largo plazo, y el proceso esté suficientemente estandarizado y haya un buen conocimiento del modelo causal entre proceso y resultados (24).

Los indicadores principales de la evaluación del proceso son la cobertura del programa, en el conjunto de la población diana y en los diversos subgrupos, y la calidad de la intervención, medidos por diversos indicadores (exhaustividad, fidelidad, satisfacción), que se comparan con estándares previos o con parámetros establecidos ad hoc por el protocolo del programa (24).

De los criterios de evaluación, que se utilizan sistemáticamente en la evaluación de políticas públicas, podemos destacar: la relevancia o pertinencia de lo que se evalúa, la eficacia o efectividad (el grado de logro de los objetivos planteados), y la eficiencia en el uso de los recursos. También se incorporan otros criterios, como la sostenibilidad de los resultados, el desarrollo institucional, y la coherencia de las políticas o programas o proyectos. Sin embargo la sostenibilidad puede incluirse en la eficacia y la efectividad, así también la coherencia estar incluida en la pertinencia o relevancia de la intervención (24).

En la evaluación es importante considerar los factores contextuales y realizar un análisis que permita identificar las causas que han operado para alcanzar o no los resultados esperados (24).

3.7.2 Evaluación de Programas Sociales: Análisis Integral de Diseños

Desde la perspectiva de la evaluación de los proyectos y programas sociales, el Ministerio de Desarrollo Social, antes Ministerio de Planificación y Cooperación ha hecho esfuerzos valiosos, por contribuir a los procesos de evaluación, tanto en desarrollo de competencias del capital humano, como en metodologías aplicadas. En su publicación Metodología de evaluación ex ante: “Análisis Integral del Diseño”, plantea la existencia de a lo menos cuatro niveles de Planificación en el ámbito social: Las políticas, los planes, los proyectos y finalmente los programas, en ese orden de importancia y jerarquía. Los programas, corresponden a un nivel intermedio de intervención, son la expresión de una política, al mismo tiempo, entregan un marco orientador para la formulación e implementación de proyectos que contribuyan a un mismo objetivo de impacto. Otra importante característica es el fin social, de equidad o redistributivo, que persiguen (25).

Si bien, existen distintas metodologías para la evaluación de los programas sociales, MIDEPLAN, propuso avanzar en una metodología de evaluación de diseño integral, “orientada a valorar la consistencia del diseño de la intervención social y con ello establecer el nivel de certidumbre que entrega respecto al logro de los objetivos, permitiendo así consolidar información de base sobre el quehacer público, en relación a los ámbitos sociales” (25).

Algunos de los elementos utilizados en forma combinada en la evaluación integral de diseño, son: el Marco lógico, los criterios de evaluación (pertinencia, coherencia, sustentabilidad, eficacia, eficiencia, evaluabilidad, pautas evaluativas, y el panel de evaluación.

Estos elementos son la base conceptual, y metodológica que orientan el proceso evaluativo, que se expondrá en las siguientes secciones. Al respecto, a continuación, se exponen los objetivos generales y específicos, que plantea alcanzar la investigación, y la metodología para alcanzarlos.

IV.- OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los resultados obtenidos de la ejecución del Programa “Centro Regional de Información, apoyo a la Consejería y Diagnóstico del VIH, en grupos socialmente excluidos en la Región de Arica y Parinacota, complementando estos con la percepción social de la eficacia del programa.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos a nivel de programa y sus indicadores asociados, con énfasis en la contribución para el control de la epidemia.

- 2.-Explorar las visiones de representantes de la sociedad civil organizada, usuarios de servicios y representantes de la red asistencial de salud, respecto a algunos atributos como son: la eficacia, calidad, accesibilidad, complementariedad y sostenibilidad del Programa.

- 3- Formular recomendaciones sobre la base de la evaluación de un Programa considerado piloto, para mejorar su implementación.

V.- METODOLOGIA

5.1.-Tipo de Estudio:

La presente tesis se inscribe en el paradigma de la evaluación de programas sociales. En este caso, lo que se desarrollará es la evaluación del programa denominado “Centro Regional Información, apoyo a la Consejería y Diagnóstico del VIH, en grupos socialmente excluidos en la Región de Arica y Parinacota”, también denominado y conocido por sus siglas como CRIPAC.

La evaluación es de tipo sumativa y, en relación al tiempo de su ejecución, es de tipo terminal. El enfoque metodológico es mixto, con un componente cuantitativo, inserto en la metodología de evaluación de programa, y un componente cualitativo abordado mediante la técnica de entrevista semiestructurada.

5.2.-Localización del estudio

Comuna de Arica, región de Arica y Parinacota, de Chile.

La investigación, abarca el periodo de ejecución del programa, comprendido entre diciembre del año 2011 y diciembre del 2014.

5.3.-Universo y Muestra

Universo: Corresponde a la población regional estimada en 181.402 habitantes, según proyección Censo 2002.

Población en estudio: Para la evaluación cuantitativa, se utilizó como población de estudio, la mayor de 15 años consultantes y beneficiarios directos del Centro CRIPAC, aproximadamente 3500 personas al año, correspondiente a asistentes a talleres y personas atendidas en centro CRIPAC.

La población utilizada para la evaluación cualitativa, corresponde a una muestra teórica basada en la relación de actores clave con el programa a evaluar, que son representativos de usuarios externos e internos del Programa. De manera específica, se considera las siguientes categorías:

2 Representantes de Sociedad civil organizada frente al VIH

2 Profesionales equipo de Unidad de Control de Atención y Control de enfermedades de transmisión sexual (UNACESS).

1 Representantes de la Secretaria Regional Ministerial de Salud, de la Región de Arica y Parinacota.

1 Representantes de Atención Primaria de Salud, que trabajan en VIH.

2 Usuarios del Centro CRIPAC

5.4- Procedimientos de recolección de la información:

5.4.1 Fuentes de Datos cuantitativos:

Se utilizaron fuentes secundarias de estadísticas y de vigilancia epidemiológica del MINSAL, Encuesta Nacional del INJUV, registros estadísticos de la SEREMI de Salud, entre otras, a fin de recabar información que dé cuenta de las variables cuantitativas a analizar.

- Registro Base Nacional de Casos VIH, MINSAL , años 2011-2015
- Registro ENO, MINSAL, años 2011-2015
- Registro estadístico de CRIPAC, 2011-2014. Secretaria Regional Ministerial de Salud, Región de Arica y Parinacota.
- Registro datos SUR-VIH. MINSAL. 2011-2014
- Evaluación cuantitativa, Campaña Comunicacional VIH, Región de Arica y Parinacota. GNOUS consultores. 2014-2015.
- Informes vigilancia segunda generación, consultantes CRIPAC, 2013. Secretaria Regional Ministerial de Salud de Arica Y Parinacota.

- Resultados Encuesta Nacional INJUV, años 2009-2014.
- Encuesta de satisfacción usuaria. Centro CRIPAC 2013-2014.
- Informes epidemiológicos, del VIH y SIDA, de la SEREMI de Salud de la Región de Arica y Parinacota. 2014-2015.

5.5 Fuentes de producción de información cualitativa

Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de investigación de recolección primaria, con pauta construida ad hoc. Considera 5 dimensiones: calidad, eficacia, accesibilidad, complementariedad, sustentabilidad.

Para determinar el número de entrevistas a realizar se usó el criterio de saturación teórica, es decir tantas entrevistas como fueran necesarias hasta que la siguiente entrevista no agregara información adicional. Las entrevistas fueron realizadas por la tesista, grabadas y luego transcritas para su posterior análisis.

6.-Variables y su operacionalización

6.1 Definiciones y conceptos operacionales: Las definiciones operacionales descritas a continuación, corresponden a las utilizadas en el Manual Metodología de Marco lógico para la Planificación, el Seguimiento y la Evaluación de proyecto y programas del Ministerio de Desarrollo Social (26).

Eficacia: Se relaciona con el logro del propósito y el fin después de terminado el proyecto o al cabo de un tiempo de operación del programa. Se ocupa del grado hasta el cual:

- El programa produjo componentes en la cantidad y la calidad previstos.

- Los componentes han sido los adecuados para atender la necesidad y conducen al logro del propósito.
- El logro del propósito ha contribuido al fin.

Programa: “Está constituido por acciones repetitivas similares que se ofrecen en forma más o menos estándar a un gran conjunto de personas físicas o jurídicas, con el común interés de ayudarlas a resolver necesidades similares” (27).

Componentes: “Son las obras, estudios, servicios, capacitación específicos que se requiere que produzca la gerencia del proyecto dentro del presupuesto que se le asigna. Cada uno de los componentes del proyecto tiene que ser necesario para lograr el Propósito, y es razonable suponer que si los Componentes se producen adecuadamente, se logrará el Propósito” (26).

Actividades: “Son aquellas que el ejecutor tiene que llevar a cabo para producir cada Componente e implican la utilización de recursos”. (MIDEPLAN-ILPES 2005).

Fin: “Corresponde a un objetivo de desarrollo, que generalmente obedece a un nivel estratégico, describe el impacto a largo plazo al cual el proyecto, se espera va a contribuir” (26).

Propósito: “Describe el efecto directo (cambio de comportamiento) o resultado esperado al final del período de ejecución” (26).

Supuestos: “Son factores críticos, que están fuera del control de la gerencia del programa (que implica riesgo) cuya ocurrencia es necesaria para que el programa logre sus objetivos, y por lo tanto afectará sus posibilidades de éxito” (26).

Productos: “Son bienes o servicios que se entregan a los beneficiarios finales”. (27).

Indicadores: “Es una especificación cuantitativa de la relación entre dos o más variables, que permite verificar el nivel de cumplimiento de los objetivos” (27).

6.2 Variables Cuantitativas: Las variables identificadas, para la aplicación de la metodología del marco lógico, corresponden a dos tipos, indicadores de resultado definidos en la formulación del Programa, e indicadores asociados a metas de cumplimiento de objetivos. Ambos miden la eficacia del programa, desde su implementación hasta el término de la iniciativa.

Variables asociadas a indicadores de resultado o eficacia del Programa:

Los indicadores de resultados definidos ex ante, son indicadores teóricos, basados en los registros, estudios y encuestas que se disponían en el momento y consensuados con referente de ONUSIDA. Dichos indicadores responden a la lógica horizontal del Programa, correspondiendo al cumplimiento del Fin, Propósito, componentes y actividades, lo que aparece representado en la tabla N°4. Los indicadores asociadas a la tabla N°5, corresponden al cumplimiento de metas asociadas al cumplimiento del programa, y son de tipo terminal.

Tabla 4: Indicadores de resultado

Indicadores	Fuente
Incremento del uso del preservativo en población de 15-29 años.	Informe resultados ENCAVI Informe Resultados encuesta INJUV.
% aumento población que accede a consejería.	Informe comparativo Consejería con registro histórico REM.
% de incremento población que se realiza pruebas de ELISA.	Informe actividades del Centro.
% de aumento en la positividad de las pruebas diagnósticas	Informe de laboratorio ISP.
N° de organizaciones que acceden al Centro de documentación.	Registro estadístico mensual del Centro CRIPAC
N° de Consultas usuarios al Centro de documentación.	Registro estadístico mensual del Centro CRIPAC.
Evaluación de impacto de cobertura y efectividad de la campaña.	Informe de evaluación externa post campaña.
Mejorar el índice de estigma y discriminación	Informe ONUSIDA

Fuente: Programa Centro comunitario CRIPAC, 2011

Tabla 5 : Indicadores de Metas esperadas

Indicadores de metas esperadas:	Fuente
% Toma de muestras para VIH voluntarias en población vulnerable (trabajador@s sexuales; población HSH; población consumidora de alcohol y drogas).	Registro Nacional de Casos. MINSAL
b. Razón oportunidad de diagnóstico (% de pesquisa etapa VIH vs SIDA) en hombres.	Registro Nacional de Casos. MINSAL
c. Razón oportunidad de diagnóstico (% de pesquisa etapa VIH vs SIDA) en mujeres.	Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud. Quinquenio 2005-2009
d. % Aumento de las tasas de incidencia VIH-SIDA en los primeros años de implementación del programa (por mayor pesquisa).	Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud. Año 2009.
e. % Aumento de la positividad de las pruebas de VIH de acuerdo a situación basal (asociado a mejorar la focalización de la pesquisa).	Estudio Consultoría OPS, Quinquenio 2005-2009 (pág. 27). Análisis ENO.
f. Mejorar el índice de estigma y discriminación.	Estudio ONUSIDA 2011
g. Incrementar el Porcentaje de uso del preservativo en población de 15-29 años los últimos 12 meses (siempre).	Encuesta INJUV 2009- 2013

Fuente: Programa Centro comunitario CRIPAC, 2011

7.- Áreas de exploración cualitativas

Las dimensiones que serán consideradas para la evaluación cualitativa, se desprenden de los objetivos específicos del programa, y su exploración nos permitirá conocer la perspectiva de actores relevantes con quienes se vincula el programa, en la escena local. Las dimensiones a abordar son la accesibilidad, la calidad, la eficacia, complementariedad y la sustentabilidad.

A continuación, se describen las definiciones operacionales, de las dimensiones a explorar en las entrevistas semiestructuradas.

Descripción de dimensiones a analizar:

a. **Accesibilidad:** “Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas” (28).

c.1 no discriminación;

c.2 accesibilidad física;

c.3 accesibilidad económica (asequibilidad);

c.4 acceso a la información

b. **Calidad de la atención:** “Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un óptimo nivel técnico, calidad de las relaciones interpersonales, teniendo en cuenta los recursos disponibles y orientados a lograr la adhesión y satisfacción del usuario” (29).

c- **Eficacia:** “Relación con el volumen de la producción, la cantidad de productos que genera y distribuye el proyecto” (26).

c.2- **Eficacia social:** Asociación entre indicadores de cantidad y calidad sobre los procesos de impacto. (29).

d.- **Complementariedad:** “Adjetivo, que sirve para completar o perfeccionar algo”

e.- Sustentabilidad: “Un programa es sostenible en la medida que existe capacidad instalada (recursos físicos, humanos y financieros), para que los procesos requeridos sean adecuadamente implementados” (26).

En la siguiente sección, se describen los procedimientos para realizar el análisis de la información cuantitativa, asociada tanto a los indicadores de resultado y metas, como así también la coherencia de la construcción de la Matriz de Marco Lógico. Esto último en el contexto de revisar el diseño del programa.

El segundo componente evaluativo a describir, está asociado a la metodología cualitativa, para el análisis de las entrevistas semiestructuradas.

8.- Procedimientos de análisis de la información

8.1.- Del Análisis de variables Cuantitativas:

Los indicadores de resultados de la tabla N°4, fueron construidos con las fuentes secundarias definidas ex ante, como son: registros estadísticos del Centro CRIPAC, Registro Estadístico Mensual (REM), informes epidemiológicos, encuestas poblacionales, entre otros. Los indicadores de las metas, asociadas a la tabla N°5, en su mayoría fueron analizados a través de medidas de tendencia central (media aritmética), estadísticas descriptivas, medidas de frecuencia epidemiológica (incidencia), medidas de asociación (razón). La fuente de información principal, es el registro nacional de casos de VIH, y reportes epidemiológicos de la SEREMI de Salud, de la región de Arica y Parinacota.

Para poder interpretar de mejor manera los resultados cuantitativos, se realizó una breve revisión de la pertinencia y coherencia lógica del diseño del programa. Lo anterior, debido a que la evaluación ex ante, no es requisito de MIDEPLAN, para la aprobación de programas.

8.2.- Del Análisis de las Variables Cualitativas.

Para el análisis de las entrevistas semiestructuradas, se utilizó una propuesta teórica, basada en un esquema propuesto por Huberman & Miles (30), quienes proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis:

- a. La reducción de datos, orientada a su selección y condensación, lo que se realiza anticipadamente (al elaborar el marco conceptual, definir las preguntas, seleccionar los participantes y los instrumentos de recogida de datos), o una vez recolectados mediante la elaboración de resúmenes, codificaciones, relación de temas, clasificaciones, etc.
- b. La presentación de datos, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, entre otros.
- c. La elaboración y verificación de conclusiones, en la que se utilizan una serie de tácticas para extraer significados de los datos, como pueden ser la comparación/contraste, el señalamiento de patrones y temas, la triangulación, la búsqueda de casos negativos, etc.

8.3.- De la Triangulación de la Información

Finalmente los resultados de las variables cuantitativas y cualitativas, fueron trianguladas por la investigadora, lo que permite una contrastación por objetivos, del cumplimiento o alcances medidos a través de la evaluación de las variables cuantitativa, con la percepción de los actores, del alcance y limitaciones, para el logro de los objetivos y resultados propuestos en el programa.

9.- Limitaciones del Estudio:

Una de las principales limitaciones, es que el programa a evaluar fue elaborado por la tesista, lo que puede ser un sesgo por investigador tanto sea por el sesgo que esta puede tener para evaluar su propio diseño y obra. Así como también por lo crítica que pudiera ser en la evaluación, tratando de dar objetividad a los resultados de la misma.

La elección de indicadores ex ante, para evaluar la efectividad de la iniciativa, podrían constituir una limitación relevante, por distintas causas, entre ellas:

- La dificultad en la selección de indicadores que midan determinados efectos esperados.
- La variabilidad del alcance o cobertura de las intervenciones, algunas son poblacionales, otras focalizadas, y también hay de tipo individual (ejemplo campañas comunicacionales, talleres, consejerías). Lo anterior dificulta la selección de indicadores de resultado que permitan medir la contribución del programa en forma directa.
- De los indicadores cuantitativos, algunos registros estadísticos como la serie del registro estadístico mensual (REM), del Departamento de estadísticas e información (DEIS) del MINSAL, tienen actualizaciones periódicas, lo que ha significado modificaciones al registro algunas variables, como por ejemplo, la toma de muestra espontánea, lo que dificulta la comparabilidad entre distintos periodos del estudio.
- Por otra parte, indicadores asociados a estudios de salud pública, como son la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI), el Índice de Estigma y Discriminación, si bien deberían ser procesos periódicos de medición, fueron descontinuados, el primero por el MINSAL y el segundo por ONUSIDA. De la Encuesta Nacional del INJUV, sólo existen los resultados 2009 y 2012, la Encuesta con resultados del año 2014, estará disponible el año 2016.

- Actividades definidas por el Ministerio de salud, dejaron de registrarse en el REM por flexibilidad de la Norma sobre la toma de muestra de VIH, como es la consejería pre test, que dejó de ser obligatoria desde el año 2013, y que para efectos de este programa, era un indicador de evaluación.
- Por otra parte, la evaluación de salud pública, tiene una amenaza real, que es la validez interna del diseño evaluativo, no es posible comparar la intervención con una población no intervenida, como casos y controles, o diseños experimentales con variables (31)

10.- Consideraciones Éticas:

El estudio contempló la participación voluntaria de actores claves, tanto de la red asistencial, usuarios, representantes de organizaciones no gubernamentales. En el caso de los participantes usuarios con VIH, fueron contactados primariamente por los consejeros del centro CRIPAC, a fin de no vulnerar la confidencialidad de su condición. Una vez que accedieron a participar, fueron contactados por la tesisista para programar las entrevistas. Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, y la facultad que tenían de retirarse de la investigación, cuando ellos lo determinarán. Se adjunta anexo N°1 consentimiento informado, el cual fue firmado por cada participante.

Se resguardó la privacidad y confidencialidad de los actores participantes de la investigación, ya sea tanto por su identidad, como en la confidencialidad de la información. La información que se obtuvo de las entrevistas fue grabada y sólo utilizada por el investigador y profesor guía. Una vez transcrita y utilizada, se eliminó su registro de voz.

La información utilizada de las bases de datos del MINSAL, se obtuvo con la autorización del Secretario Regional Ministerial de Salud de la Región, los datos fueron tratados sólo con fines estadísticos, y sólo se utilizó información de tipo secundaria.

En la siguiente sección, se presentan los resultados de la investigación, organizados como resultados de tipo cuantitativos, y resultados del análisis cualitativo, de acuerdo a lo propuesto en la metodología de la investigación.

VI RESULTADOS

El análisis de resultados, se ha organizado en cuatro secciones. Inicialmente se realizará un análisis y reflexión general del diseño, bajo el criterio de pertinencia y coherencia de la Matriz de Marco Lógico. Si bien no es un objetivo de la tesis, permite clarificar la lógica en la formulación de indicadores de resultados y metas. Con esos resultados primarios analizaremos en una segunda etapa los resultados de los indicadores por objetivos, en una tercera fase los resultados de las metas por programa. En una cuarta etapa se desarrolla el análisis de las variables cualitativas, por las principales categorías identificadas en las entrevistas.

6.1. Análisis general del diseño

En el programa evaluado, existe un error de diseño, que puede resumirse respecto de la falta de pertinencia: el propósito u objetivo del programa, descrito como: “la población de la región, mantenga prácticas de sexo seguro, reduciendo su vulnerabilidad frente al VIH”, es un objetivo demasiado amplio y general para ser considerado como el logro directo de un programa piloto, de tres años de duración, como lo es el Centro Comunitario CRIPAC. Por lo anterior, la meta e indicador de cumplimiento del programa, no son específicos de la intervención, más bien corresponden a la meta de una política.

El propósito o principal logro de programa, debió estar asociado al eje central del programa, que es el Centro Comunitario, y los objetivos que subyacen en su concepción, que si están correctamente planteados. Por esta razón existen en la formulación de metas e indicadores, una mixtura de indicadores asociados a población general, y otros asociados a población beneficiaria de CRIPAC, por la inconsistencia en el diseño de formulación. Lo anterior debió subsanarse en evaluación ex ante, que no se realizó ya sea porque el Ministerio de Desarrollo Social, ha dejado de realizar la evaluación ex ante por panel de expertos, y

consistentemente en el desarrollo de competencias del RRHH que formula proyectos y programas, se focalizan en la aplicación del Marco Lógico, no en técnicas de evaluación de la integralidad de los diseños.

6.2 Resultados de Indicadores Cuantitativos del Programa

Durante los tres años de funcionamiento del Programa (diciembre 2011-diciembre 2014), se pesquisaron en el Centro Comunitario CRIPAC 66 personas con VIH, comparativamente en el mismo período los seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la región pesquisaron 40 personas y la Unidad de Atención Integral de Salud Sexual (UNACESS) 112 personas.

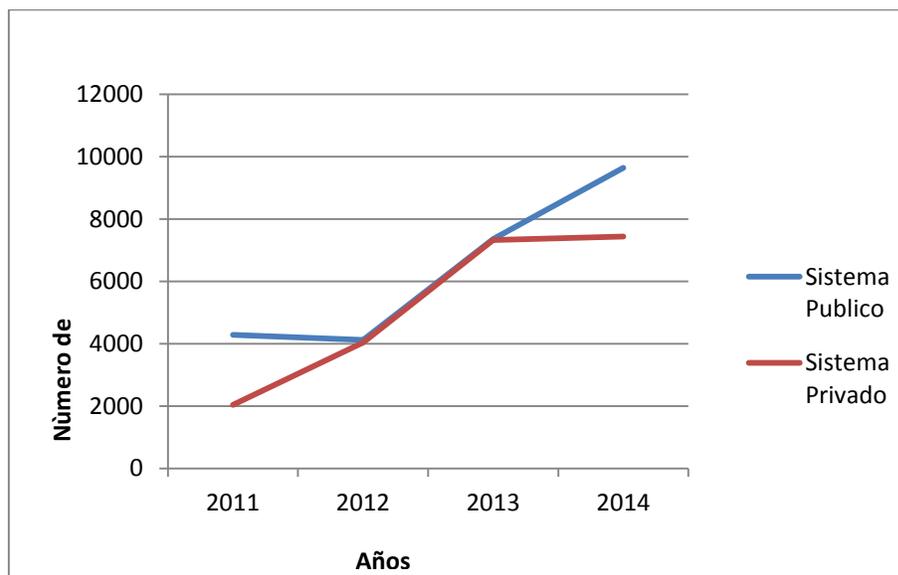
6.2.1 Indicadores de Resultado

a) Acceso a Pruebas de VIH

El número de exámenes de pesquisa de VIH, con técnica de Elisa, realizados en CRIPAC en tres años alcanzó 2.518, un promedio 839 al año.

Las consejerías pre y post test realizadas, alcanzan las 5.065, promedio anual 1688. El porcentaje de aumento en el número de pruebas de VIH a nivel poblacional, según el gráfico N°1, respecto del año sin intervención (2011), se ha incrementado en promedio 158%, un 230% en el sector privado y un 125% en el sector público (ver tabla N°6).

Grafico 1: Exámenes Procesados 2011-2014; Sistema Público y Privado, Región de Arica Y Parinacota.



Fuente: Registro SUR-VIH. MINSAL

b) Intervenciones preventivas focalizadas

Los talleres realizados a la comunidad, se focalizan en población joven y adulta, como son la red SENAME, otros programas sociales, equipos técnicos y profesionales del ámbito gubernamental, centros de tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), establecimientos de educación superior, personas en situación de calle, organizaciones juveniles, otras organizaciones sociales (Juntas de vecinos, comités de toma, asociación de afrodescendientes, migrantes, mujeres de la red contra la violencia, mujeres aymara, mujeres proempleo, diversidad sexual, asociación de bailes religiosos, entre otros).

El número de talleres realizados en tres años, alcanzó los 430, con un promedio de 143 al año, y un total de 2235 beneficiarios.

De las actividades menos logradas en términos de cobertura, son las visitas al Centro de documentación CEDOC, que cuenta con cerca de 200 ejemplares, de libros, revistas, y publicaciones, asociadas al VIH y temas afines, como género,

diversidad sexual, además de material de folletería. En tres años ha sido visitada por 23 organizaciones, y 47 personas.

c) Promoción de Salud Sexual:

Entre los servicios de CRIPAC, se encuentra la promoción del uso correcto y consistente del condón. Para ello se dispone de preservativos masculinos, los que se enseñan a usar en talleres, y consejerías pre y post test. Se entregan en dichas instancias, y en actividades de difusión con la comunidad, 197.957 preservativos entregados en tres años, promedio 68.986 al año.

d) Focalización del Programa

Entre los indicadores de resultado disponible y factible de evaluar, se encuentra el índice de positividad de las pruebas, según la tabla N°6, el promedio en tres años alcanza 2,4%, con una variación de 3,04% a 2,03%.

Tabla 6 Resumen producción CRIPAC (2011-2014).

Indicadores de Proceso	2011 *	2012	2013	2014	Total
N° de consejerías realizadas	59	1252	1544	2210	5065
N° de muestras sanguíneas	31	648	723	1116	2518
N° de Talleres realizados	2	127	165	136	430
N° de beneficiarios de talleres	40	1707	2806	2153	6706
N° de actividades de difusión	17	170	170	164	521
N° de beneficiarios de actividades de difusión	1.842	32.477	77.360	45.461	157.140
N° preservativos masculinos entregados	5.361	69.293	60.416	62.887	197.957
% Positividad de las pruebas de VIH		3,04	2,74	2,03	2,58
N° Consultas de usuarios a CEDOC		10	15	22	47
N° de organizaciones consultantes CEDOC		07	08	08	23

Fuente: Centro Comunitario CRIPAC

- En octubre del año 2011, se inicia el programa CRIPAC con la inducción y capacitación del personal, luego la marcha blanca. Por esto, y para fines de evaluación, se considera diciembre 2011 a diciembre 2014.

e) Percepción social de riesgo

Las campañas comunicacionales, son un componente del Programa, se diseñaron y ejecutaron entre los años (2012-2014). Las Campañas comunicacionales, son el resultado de un proceso progresivo de la SEREMI de Salud, el intersector y la sociedad civil, por instalar en la ciudadanía la problemática del VIH, como recurso de comunicación social e información, a fin de gatillar procesos de reflexión, que permitan un acercamiento al problema, y a la búsqueda de asesoría especializada en CRIPAC y centros de salud.

La Seremi de Salud, a través del Grupo Gnous Ltda., evaluó los efectos de la emisión de la última Campaña regional, a fin de conocer los aprendizajes que deja y su impacto en la ciudadanía. “ **Arica tiene VIH.. y Tú te hiciste el exámen?**”, es la tercera campaña, le antecedieron campaña de prevención (**Súmate a la Prevención..**), y de No Discriminación, (**Tú Proteges, Comprendes y respetas a las personas que tienen VIH?**).

La evaluación de la tercera campaña, se hizo con metodologías mixtas, encuestas telefónicas (400), y focus group en las comunas de Arica y Putre, Los principales resultados de la evaluación presentados por la consultora Gnous, se exponen a continuación:

El 96% de las personas encuestadas, recordaba haber visto, leído o escuchado algo respecto de la campaña “**Arica tiene VIH...** “. La Campaña tiene un alto nivel de recordación espontánea, 41%. El 80% de los entrevistados recuerda el mensaje central de la campaña.

La campaña logra alta visibilidad en el espacio público. También tiene una alta recordación del mensaje y asociación correcta a sus contenidos, por lo tanto podemos hablar de una campaña que logra una comprensión sustantiva del mensaje. Una campaña eficiente.

Por el estilo comunicacional que representa, su potencia está en el impacto que genera más que en calificar si este es positivo o negativo. Esto implica que es un

dispositivo que abre conversaciones sociales en donde el tema del cuidado y prevención del VIH está en el centro.

Un flanco de difícil manejo comunicacional, es el tema de la estigmatización de la ciudad de Arica. Esto implica que si bien obliga a la audiencia a reconocer un problema, no es posible volver sobre el mensaje en una futura intervención. Se requiere una inflexión que muestre cuáles son las estrategias de la ciudad en esta materia.

La campaña posiciona el examen como un recurso importante que se reconoce en distintos niveles: para sí, para otros, para grupos específicos (ver gráfico N°2 y 3).

Las mujeres son más receptivas a los mensajes de la campaña pero, también tienden con más frecuencia a desplazar la preocupación por terceros en desmedro de hacerse cargo de su propio autocuidado.

Los hombres recogen las sensibilidades más colectivas de las campañas como su efecto sobre la economía local. Pero, también son más directos en la revisión de sus conductas y su nivel de exposición al VIH.

La campaña moviliza respuestas diversas y no deja espacio para indiferencia. En este marco instala la preocupación por el VIH, por la ciudad y sus habitantes e instala la necesidad de prevención como prioridad.

Los emisores de la campaña son ampliamente reconocidos por la población.

Las externalidades positivas de la campaña se relacionan con una audiencia que parece haber avanzado en bajar la discriminación hacia grupos específicos y que está receptiva a escuchar y construir una respuesta al VIH SIDA.

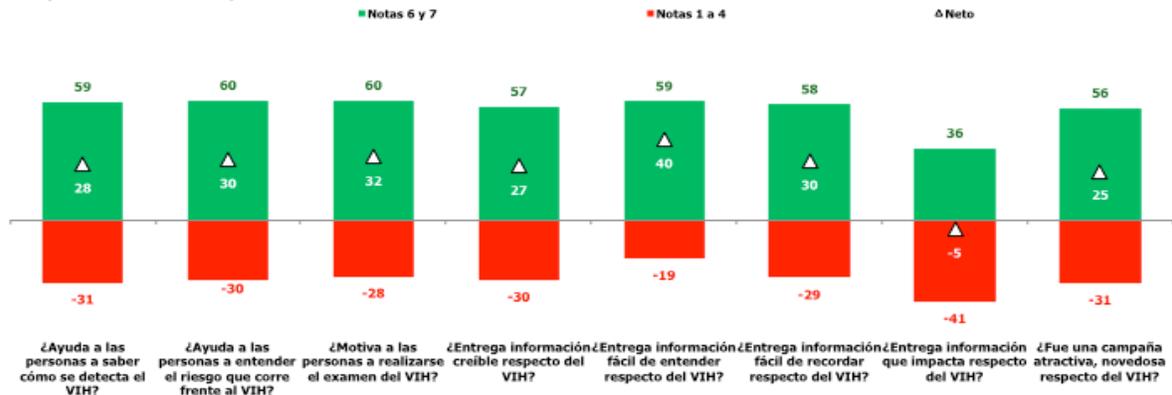
A partir de esta importante evaluación, se establecieron recomendaciones para el abordaje comunicacional y preventivo en la región.

Grafico 2: Resultados de evaluación de la Campaña Comunicacional

Utilizando la escala de 1 a 7, donde 1 es nada y 7 es mucho, ¿me podría mencionar si esta campaña "Arica tiene VIH".....

Base: Total entrevistados = si recuerda la campaña = 424 personas

(CON ESCALA DE 1 A 7)



Fuente: Informe Evaluación Grupo Gnous 2015

Grafico 3: Resultados Recordación Mensaje Campaña Comunicacional

De los siguientes mensajes que le voy a mencionar ¿de cuáles se acuerda?

Base: Total entrevistados = si recuerda la campaña = 424 personas

(CON ALTERNATIVAS DE RESPUESTA)



Fuente: Informe Evaluación Grupo Gnous 2015

Desde la aproximación a la evaluación de indicadores de resultados esperados, existen tres que no pudieron evaluarse.

- Porcentaje de incremento de la población que accede a consejería: Dejó de ser obligatoria la consejería pre test y por lo tanto su registro en los REM.
- Incremento del uso del preservativo: es un indicador que no estará disponible hasta abril del 2016, fecha en que se publicarán los resultados de la última encuesta INJUV.
- Índice de estigma y discriminación, medición que debería ser realizada por ONUSIDA. Este organismo internacional, dejó su representación en el país, el año 2013, pero a su vez, este indicador correspondía a un componente que no obtuvo financiamiento en el programa.

6.3 Indicadores de Metas Esperadas

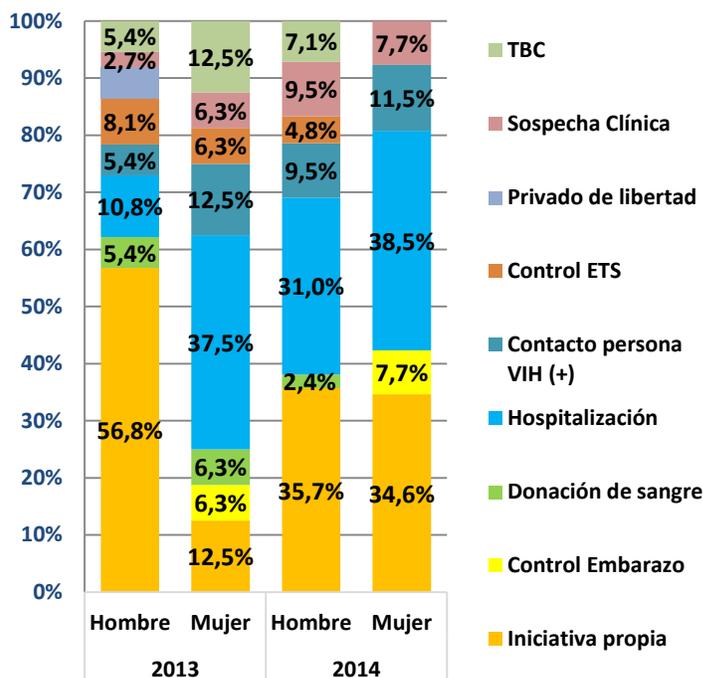
Existen ocho indicadores, asociados al cumplimiento de los tres objetivos específicos del Programa Centro Comunitario, y se denominan “Metas Esperadas”. Algunos de estos indicadores están relacionados con los resultados descritos anteriormente.

Objetivo1: Acercar los Servicios de prevención, consejería y diagnóstico a la población vulnerable a través de un servicio de base comunitaria, con personal especializado y en horario adecuado a población trabajadora.

Indicador: Porcentaje de toma de muestra para VIH voluntaria

El indicador, cuya fuente es la base Nacional de casos, presenta para el año de evaluación basal, quinquenio (2005-2009), un 11,3% de exámenes realizados en forma voluntaria. La meta propuesta fue duplicar al 23%. Durante los años 2013 y 2014, el indicador alcanzó un promedio de 35%. Se considera un indicador de éxito, especialmente el aumento en mujeres, no asociado a embarazo. Se debe evaluar el descenso del año 2014 en hombres (ver gráfico N°4).

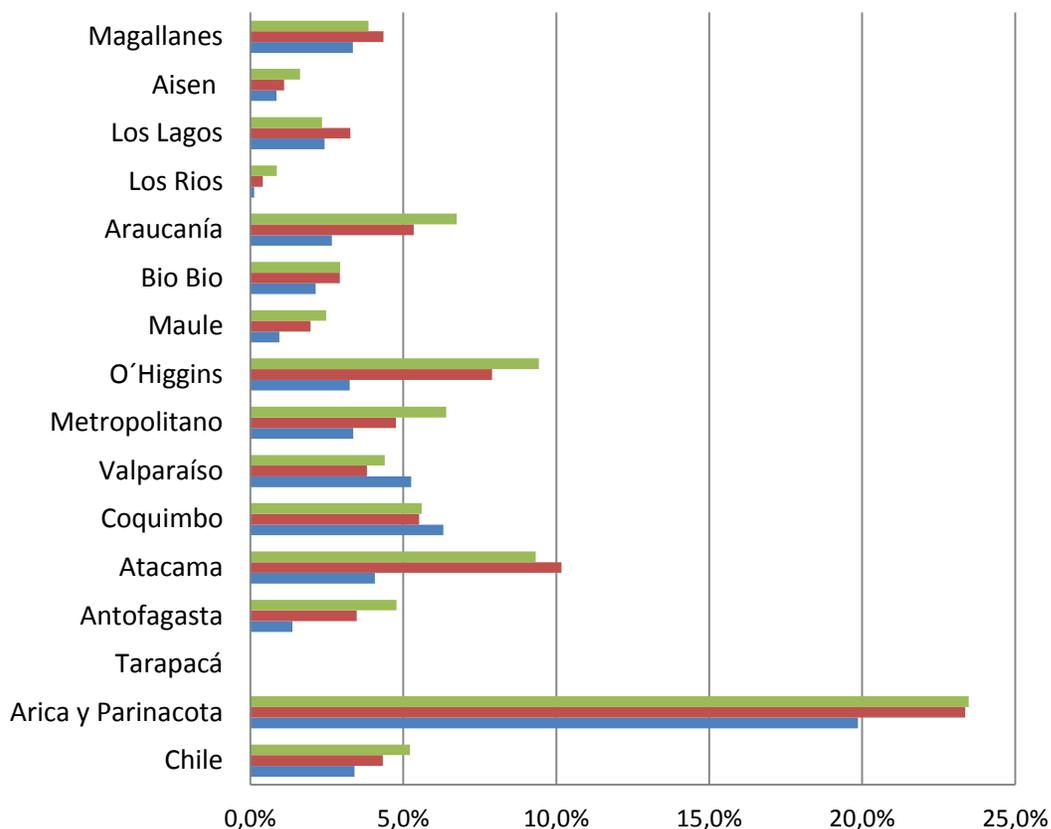
Gráfico 4: Distribución de notificaciones de VIH/SIDA, según motivación para toma de examen, por sexo, Región de Arica Y Parinacota, 2013-2014.



Fuente: Base Nacional de Casos, VIH-SIDA MINSAL

Si bien la información del gráfico N°5, corresponde a una fuente no definida ex ante, REM- DEIS MINSAL, y los datos no son comparables con el indicador de Registro Nacional de Casos. Nos parece importante representar el indicador de porcentaje de exámenes procesados por consulta espontánea, cuyo promedio del país, bordea el 4%, y la región el 21%, siendo el más alto a nivel nacional. De éstos el 47% del total de exámenes realizados en forma voluntaria, corresponde a CRIPAC.

Gráfico 5. Porcentaje de pruebas de VIH procesadas por Consulta Espontánea, periodo 2012-2014, por regiones y país.



	Chile	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	Metropolitano	O'Higgins	Maule	Bio Bio	Araucanía	Los Rios	Los Lagos	Aisen	Magallanes
■ 2014	5,2%	23,5%	0,0%	4,8%	9,3%	5,6%	4,4%	6,4%	9,4%	2,5%	2,9%	6,8%	0,9%	2,3%	1,6%	3,9%
■ 2013	4,3%	23,4%	0,0%	3,5%	10,2%	5,5%	3,8%	4,8%	7,9%	2,0%	2,9%	5,3%	0,4%	3,3%	1,1%	4,4%
■ 2012	3,4%	19,9%	0,0%	1,4%	4,1%	6,3%	5,3%	3,4%	3,3%	0,9%	2,1%	2,7%	0,1%	2,4%	0,9%	3,4%

Fuente: REM, DEIS-MINSAL

Objetivo2.- Mantener y aumentar la percepción social de riesgo poblacional, la pesquisa precoz y las medidas de prevención a través del diseño e implementación de una campaña comunicacional en etapas.

Respecto de la evaluación de campaña, se describieron sus resultados previamente, por lo que nos centraremos en los indicadores de pesquisa precoz.

Indicadores:

a) Razón oportunidad diagnostica (% pesquisa VIH vs SIDA) en hombres y mujeres

La oportunidad diagnóstica, expresada como proporción de casos etapificados como VIH /SIDA en el período 2012-2014, para CRIPAC es 76,1% en etapa VIH y un 23,9% en etapa SIDA. El indicador para población regional es 57,2% de casos notificados en etapa VIH v/s un 42,7% de casos notificados en etapa SIDA.

Tabla 7: Etapificación VIH/SIDA trienio 2012-2014 Región

Total	VIH/SIDA	VIH	% VIH	SIDA	% SIDA
2012-2014	201	115	57,21%	86	42,70%

Fuente: Epidemiología/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

Tabla 8: Etapificación VIH/SIDA trienio 2012-2014 CRIPAC

CRIPAC	VIH/SIDA	VIH	%VIH	SIDA	%SIDA
2012	14	10	71,4%	4	28,6%
2013	19	15	78,9%	4	21,1%
2014	13	10	76,9%	3	23,1%
2012-2014	46	35	76,1%	11	23,9%

Fuente: Epidemiología/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

Si desagregamos esa información por sexo, observamos en la tabla N°9 N°10 que en CRIPAC, este indicador se comporta en hombres 71,1% para VIH y 28,9% SIDA, y en mujeres 87,5% etapa VIH, y 12,5% SIDA.

Tabla 9: Etapificación VIH/SIDA trienio 2012-2014 hombres CRIPAC

Hombre	VIH	%VIH	SIDA	%SIDA	VIH/SIDA
2012	7	63,6%	4	36,4%	11
2013	13	72,2%	5	27,8%	18
2014	7	77,8%	2	22,2%	9
2012-2014	27	71,1%	11	28,9%	38

Fuente: Epidemiología/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

Tabla 10: Etapificación VIH/SIDA trienio 2012-2014 Mujeres CRIPAC

Mujer	VIH	%VIH	SIDA	%SIDA	VIH/SIDA
2012	3	100,0%	0	0,0%	3
2013	1	100,0%	0	0,0%	1
2014	3	75,0%	1	25,0%	4
2012-2014	7	87,5%	1	12,5%	8

Fuente: Epidemiología/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

Si comparamos la razón Hombre /Mujer, en la pesquisa del trienio en evaluación, para CRIPAC esta razón alcanza 4,75, y para el mismo periodo esta razón en el resto de consultantes de la región es 1,45. El perfil de consultantes de CRIPAC, es mayoritariamente hombres (57%). Respecto el total de casos etapificados para el periodo (n: 46), el 82,7% son hombres (n: 38) y sólo el 17,3% (n: 8) corresponde a mujeres.

El indicador proyectado al final del periodo, era para hombres 65% etapa VIH y 35% SIDA, y en mujeres 70% VIH y 30% SIDA. Ambos indicadores fueron logrados.

Objetivo N°3. Mejorar la oportunidad del diagnóstico y la reducción de la transmisión del VIH, a través del acceso a pruebas diagnósticas y el uso sostenido del preservativo en población vulnerable.

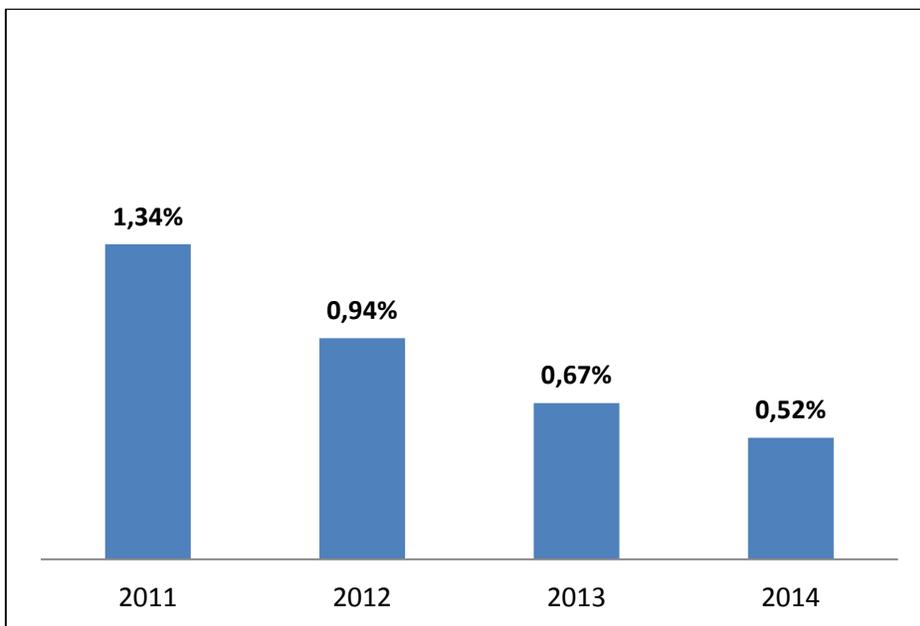
Indicadores:

a) Porcentaje de aumento de la positividad de las pruebas de VIH

En el período de evaluación se incrementó en un 125% el procesamiento de muestras de VIH en el sector público, y un 230% en el sector privado.

Del total de exámenes reactivos del sector público el porcentaje que aporta CRIPAC es un 34% en promedio por tres años, con un rango de 24-45%. Sin embargo, y pese al aumento de exámenes realizados en la región, la reactividad general de estos ha disminuido progresivamente, desde 1,34% en el año 2011 a 0,52% el año 2014 (ver gráfico N°6).

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de las pruebas de VIH, periodo 2011-2014, región de Arica Y Parinacota.

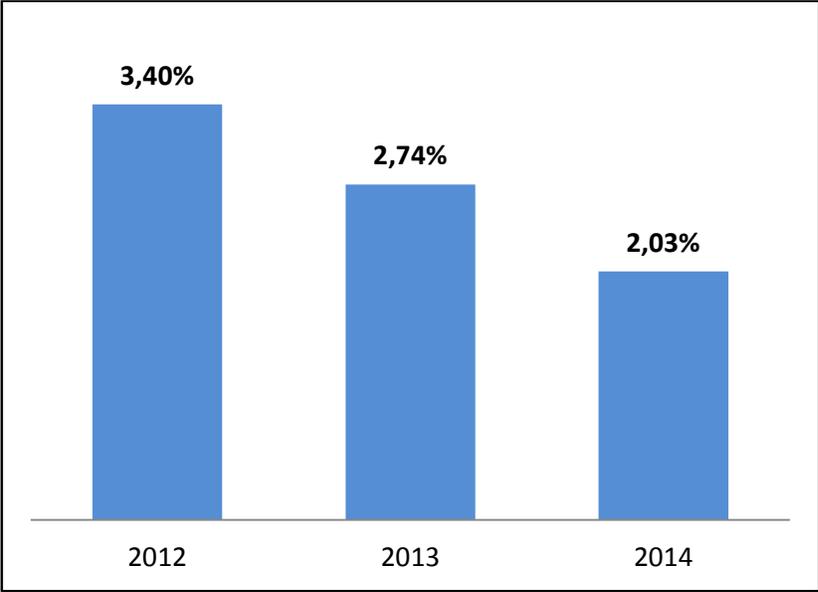


Fuente: ENO/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

El índice de pesquisa del Centro CRIPAC es de 2,5%, en tres años, con un rango de (2-3,4%), lo que indica una buena focalización, dado que el índice general de pesquisa en población general es 0,5%. Del total de casos etapificados en la región el periodo 2012-2014 (201 casos), el 23% (46 casos), corresponde al centro CRIPAC. Sin embargo, es importante precisar que la positividad del centro disminuye a medida que incrementa el número de exámenes realizados, (3,4%), el año 2012, (2,7%) el año 2013, y (2%) el año 2014 (ver gráfico N°7).

Para el período de evaluación, se esperaba lograr un aumento de la positividad de 0,6 % a 1,2%, se incrementó a un 2,5%. Indicador de éxito de focalización sólo para CRIPAC.

Gráfico 7. Porcentaje de positividad de las pruebas de VIH, periodo 2012-2014, e usuarios CRIPAC, región de Arica Y Parinacota.



Fuente: CRIPAC/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

b) Porcentaje de aumento en la incidencia en los primeros años de implementación del programa

Respecto del indicador b del aumento de la incidencia en los primeros años de implementación del programa, se proyectaba un aumento entre un 20 a 30%, lográndose un aumento de 17% en la tasa de incidencia, respecto al periodo 2006-2008, y en números absolutos, respecto del número de casos, un incremento de un 30%.

Tabla 11: Tasa de incidencia Trienios VIH/SIDA, región

Trienios	Total Casos VIH/SIDA	Tasa trienio
2006-2008	154	24,69
2009-2011	164	24,97
2012-2014	201	29,00

Fuente: Epidemiología/ SEREMI de Salud, Arica y Parinacota

Es importante complementar, los indicadores asociados al objetivo 2, con los resultados obtenidos de la vigilancia de segunda generación, implementada en el Centro CRIPAC, que permite identificar el perfil del consultante, y la efectividad de la focalización de las estrategias que implementa el Centro Comunitario.

Se logró mejorar el acceso a prevención y pesquisa a población de la diversidad sexual, estudiantes, personas con factores de riesgo como consumo de alcohol y droga, población que estuvo privada de libertad, trabajadores y clientes del comercio sexual, población indígena. Población que no accede regularmente a los Centros de salud.

Respecto del perfil del consultante CRIPAC (32), el 57% son hombres, en la categoría “ocupación” predominaron los “estudiantes” con un 32,9% del total, seguidos por personas “cesantes o sin ocupación” con un 11,8%, personas con “empleos de baja o ninguna calificación” (11,3%), “operarios/ empleados de mediana calificación (6,5%) y “profesionales” (6,1%). El análisis por etnia muestra que el 20,6% de los consultantes declaran pertenecer a alguna etnia. De ellos el

74,8% se reconoce aymara, el 12,6% mapuche, el 3,1% afro descendiente y otro 3,1% quechua. Respecto de la presencia de factores de riesgo como transfusión sanguínea, cumplimiento de condena y ejercicio del comercio sexual, se observa que el 1,6% de los consultantes declaró haber recibido una transfusión de sangre antes de 1987 (12 casos), el 5,6% alguna vez haber cumplido condena en un recinto penitenciario (43 casos) y un 2,8% desempeñarse o haber desempeñado labores como trabajador/a sexual (22 casos). Del total de consultantes que tuvo relaciones sexuales el 85,4% declara que sus parejas solo han sido del sexo opuesto, el 10,0% declara solo parejas del mismo sexo y el 4,6% señala que ha tenido parejas sexuales de ambos sexos. El análisis por sexo muestra que en el caso de los hombres, el 80,4% declara relaciones sexuales solo con mujeres, el 14,7% sólo con hombres y el 4,9% con hombres y mujeres. En lo referente al uso del preservativo se observa que del total de personas que tuvieron relaciones sexuales los últimos 12 meses, solo el 11,0% declaró haber utilizado condón en todas las ocasiones en el último año. Por su parte el 39,0% señaló no haberlo usado nunca y el 12,4% casi nunca. Respecto de las relaciones sexuales pagadas, el 11,7% de los consultantes declaró haber tenido relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales alguna vez en su vida (90 casos). Respecto de actos de violencia vividos a lo largo de la vida, el 16,3% de los consultantes declararon haber sido víctima de ellos. En el caso de los hombres la cifra alcanza un 9,2% mientras que en mujeres un 25,1%.

Tabla 12 Resumen Indicadores asociados a Metas del Programa

Objetivo Específico asociado	Indicador	Línea de base	Fuente	Meta Esperada Final Programa	Meta alcanzada CRIPAC	Meta a nivel poblacional
1) OE 1	% toma de muestra para VIH voluntaria	11,3%	Registro Nacional de Casos	Aumentar al 23%	100%	35%
2) OE 1 y OE2	Razón oportunidad diagnóstica (% pesquisa VIH vs SIDA) en hombres	58,3/ 41,2	Registro Nacional de Casos	65/35	71,1/28,9	54,1/45,9
3) OE 1 y OE3	Razón oportunidad diagnóstica (% pesquisa VIH vs SIDA) en mujeres	72,2/27,8	Registro Nacional de Casos	70/30	87,5/12,5	63,6/36,4
4) OE3	% aumento incidencia en los primeros año de implementación del programa	154 casos (2006-2009)	Registro Nacional de Casos	Aumentar 20-30%	46 casos	201 casos (2012-2014) 30%
5) OE3	% aumento de la positividad de las pruebas	0,66 %	Registro Nacional de Casos	1,2%	2,5	0,52
	Mejorar el índice de estigma y no discriminación		Estudio ONUSIDA		*	*
7) OE2	Incremento del uso del preservativo en los últimos 12 meses (ENCAVI), en la última relación sexual (INJUV)	61% (INJUV) 2009	ENCAVI o INJUV		**	**
8) OE 1 y OE3	% de incremento población que se realiza pruebas de ELISA. para VIH	6326	SUR VIH-MINSAL	16361		Incremento Global 158%

*Se descontinuo la medición. ONUSIDA se va del país/ No obtuvo financiamiento

**ENCAVI fue descontinuada por el MINSAL, resultados encuesta INJUV, estarán disponibles 2016.

6.4 Resultados Análisis Cualitativo

En el análisis cualitativo, emergen seis dimensiones de análisis relevantes, como son accesibilidad, calidad, eficacia, complementariedad, sustentabilidad y propuestas para el programa.

6.4.1 Dimensión Accesibilidad:

En general los entrevistados concuerdan que existe una alta valoración por lo accesible que es el centro comunitario CRIPAC para la población, relevándose categorías como el horario, la ubicación geográfica.

a) “Horario como facilitador del acceso de la población trabajadora y estudiantes”

Respecto del horario como facilitador del acceso de la población trabajadora y estudiantes, los entrevistados destacan que este (16:00-23:00 horas), es especialmente accesible para población trabajadora y estudiante. Se considera el horario como un facilitador del acceso, y el Centro Comunitario, como un complemento del horario de los Centros de Salud y particularmente del Centro de Atención de Salud Sexual (UNACCESS).

“En mi percepción creo que el Centro Comunitario es un excelente aporte para la comunidad de esta región, ya que el horario es muy adecuado para todas aquellas personas que trabajan. Normalmente, los Centros de Salud tienen atención hasta las cinco de la tarde, la unidad de atención específica para salud sexual también, hasta diez para las cinco y el Centro Comunitario funciona hasta las once de la noche; por lo tanto todas aquellas personas que trabajan y no pueden salir en horarios de trabajo, estar pidiendo permiso, les queda súper bien, les acomoda muy bien el horario”
(personal de Salud).

Respecto de la ubicación geográfica, en el centro de la ciudad, y la privacidad que da CRIPAC al encontrarse alejado de los centros de salud, se observa que este es uno de los elementos más valorados. Lo anterior, estaría relacionado a que los establecimientos de salud se asocian a lugares estigmatizados, y constituiría una barrera en el acceso. La alta valoración que dan a la privacidad o confidencialidad, aparece relacionado con el estigma y a la discriminación, no sólo por tener VIH, sino por la orientación sexual o identidad de género. Por otra parte, al centro CRIPAC se le identifica como un lugar cercano, que da confianza, y que no discrimina por orientación sexual, género, o por ser adolescente.

“Yo encuentro mucho más confidencial acá el CRIPAC. Sería bastante raro que ya no estuviera, porque el ir al hospital... Hay bastante gente y qué sé yo... a mí me aterra, yo creo que a mucha gente le debe pasar lo mismo, ya que hay gente y a uno lo ven entrando y empiezan las especulaciones, empiezan a decir “oh, pero por qué va, qué tiene”, los rumores, cosas así que no son agradables”
(usuario de CRIPAC).

“Yo creo que nosotros no damos abasto o estamos como centro como UNACESS un lugar muy estigmatizado para que la gente pueda acceder. Yo creo que falta mucha gente, yo creo que hay mujeres que no se atreven a venir, a lo mejor hay población trans que se siente discriminada en los servicios de salud, creo que hay muchos estudiantes a lo mejor, universitarios, gente joven que tampoco se atreve o nunca han visto el servicio de salud como parte de...”
(Profesional de salud)

“En el Centro Comunitario no hay ningún impedimento, ni para los adolescentes, ni para las personas de la diversidad sexual, es más, acogemos mucho a las personas de la diversidad sexual, porque no tienen una atención libre en los CESFAM, son mal mirados, discriminados”
(Profesional de salud)

b) “Valoración de la ubicación geográfica, por su cercanía al tránsito de grupos focalizados”

Por otra parte, se valora positivamente la inmediatez de la atención para acceder a consejería y realizarse el examen de VIH. Se menciona la importancia de que se ubique cerca de espacios de jóvenes, liceos o INJUV, lo que facilitaría el acceso de este grupo objetivo. Sin embargo, es importante relevar, que los estudiantes de liceo no son el grupo prioritario de CRIPAC.

También es un buen punto, porque se encuentra en el centro, donde todos los jóvenes tienen accesibilidad a lugares cercanos, por ejemplo la INJUV, donde acuden muchos jóvenes, está cerca de colegios, liceos, por lo tanto es un lugar central, donde la gente puede llegar fácilmente.

(Profesional de salud)

6.4.2 Dimensión Calidad

En la dimensión calidad, los entrevistados destacan las categorías de organización de la atención, trato y acogida, satisfacción y confianza, estos últimos centrado en los consejeros.

a) “ Valoración de la calidad desde lo organizacional”

Respecto de la calidad existe amplio consenso, y se destaca la valoración del personal, como equipo de trabajo, su perfil de competencias y la organización de la atención.

“En términos de calidad, excelente, porque ahí en términos de calidad, las personas que trabajan aquí son excelentes por, el grupo humano que hay es muy bueno; con respecto a las prestaciones que se dan también, porque todo es bien organizado, o sea, a uno primero le hacen el examen, después diagnostican, es bien organizado y bien bueno en términos de calidad el CRIPAC, está súper bien desde mi punto de vista. Súper bien hecho”
(usuaria)

“Que tienen personas trabajando aquí que tienen mucha experiencia con respecto al tema y tienen consejeros... Una fortaleza yo creo es el cuerpo humano que trabaja aquí, por decirlo de alguna manera, todo funciona así como un cuerpo”
(usuaria)

b) “Valoración de la calidad desde la satisfacción de los usuarios y la confianza”

Los elementos que se identifican en torno a la calidad de las prestaciones en CRIPAC, están relacionado con la dignidad en la atención, la satisfacción y la confianza. Emerge nuevamente la no discriminación en CRIPAC, categoría central, altamente valorada por los distintos entrevistados.

“Satisfechos, sí y los jóvenes sobre todo, veo jóvenes que como le digo, en otras... en el consultorio y hospital, no van porque encuentran que hay

otro trato, incluso socias de nuestras organizaciones, ellas han traído a sus hijos, a sus hijas, porque en conjunto con lo que le dan la información del VIH, del examen, se le da como un trato más humano, o sea, viéndolo como un joven que está abriendo recién sus ojos a la vida, al sexo”
(organización de sociedad civil).

“Las prestaciones tienen buena calidad porque bueno, lo primero es que la persona se siente acogida y siente confianza, además que hay un “guardar el secreto” que es lo que más les importa a las personas que llegan al Centro Comunitario y no son mal miradas”
(personal de salud)

c) Calidad de la Consejería como proceso de mejora continua

Los entrevistados relevan la calidad de la consejería, identificándola como un proceso que ha mejorado en el tiempo, que se percibe de buena calidad, tanto por los profesionales como usuarios. Algunos usuarios valoran el uso de tecnologías de la información para la comunicación con consejeros, especialmente los jóvenes.

“La consultora que yo tuve, muy simpática, me atendió súper bien, yo estaba muy nervioso cuando vine la primera vez, habló muy así como de amigos, me dio esa confianza, no genial... después vine, ahora he seguido viniendo, hablamos por Whatsapp de repente, me dice cómo estás, que si estaba yendo a un tratamiento, y no, súper bien”
(usuario)

“Yo creo que en las consejerías, en la medida que uno ha ido entrevistando a los pacientes, han sido de buena calidad; quizás han ido mejorando en el transcurso del tiempo, yo creo que inicialmente quizás sí tuvimos algunos pequeños problemas”
(profesional salud)

“Con respecto a la consejería yo tengo buenos... Buenas contrareferencias de las consejerías que hicieron de pacientes”
(profesional salud)

d) Propuestas de mejoras en la calidad, desde la contención emocional y el apoyo psicológico

Como desafíos o brechas, se plantea déficit del personal, para realizar asesoría psicológica a los casos nuevos. Los usuarios buscan soporte emocional e

información para ellos y sus familias. Quienes demandan este tipo de servicio, lo hacen espontáneamente y otros derivados desde UNACESS.

“Más que nada falta personal para los que venimos y que ya estamos diagnosticados y como CRIPAC ha sido un apoyo emocional súper importante para nosotros, un apoyo psicológico también, faltan personas para que nos atiendan por decir así de alguna manera” (usuaria)

“El jueves positivo nos juntamos todos los que ya estamos diagnosticados y estamos en tratamiento o los que ya van a entrar a tratamiento, los que ya pasamos por la fase CRIPAC y estamos en la fase como UNACESS, por decirlo de alguna manera, estamos, venimos aquí, nos juntamos, conversamos del tema abiertamente, cuando estaba Valeria nos hacía charlas psicológicas, dinámicas de grupo y era bien bueno porque podíamos compartir experiencias en el jueves positivo, que de eso se trata más que nada, de compartir las experiencias con respecto a la enfermedad, porque podemos hablar abiertamente, nadie nos va a mirar feo, porque estamos todos con lo mismo” (usuario).

“Yo debería atenderme en la UNACESS y deberían darme todo en la UNACESS, pero sabemos que igual está atochado allá y cargarles más la mano no es lo ideal, entonces por lo general yo sé que hartos venimos aquí en busca de consejos, de hablar abiertamente del tema y por lo general somos personas que ya estamos diagnosticadas. Y creo que eso falta, falta así como que darle un enfoque nuevo al CRIPAC, no nuevo, que siga haciendo los exámenes, pero quizás que también atienda a las demás personas en ese apoyo emocional que necesitamos, que es súper necesario, obvio” (usuaria).

6.4.3 Dimensión Eficacia

En la dimensión eficacia, existe consenso entre los entrevistados, en que CRIPAC juega un rol relevante por su cercanía con la comunidad, el impacto de las campañas comunicacionales, su modelo de intervención que facilita el acceso a la pesquisa y la no discriminación.

a) CRIPAC como enlace entre la comunidad y lo asistencial

En relación a la eficacia de la intervención, los entrevistados, relevan la importancia de las campañas comunicacionales regionales, su impacto mediático,

en prevención, en difusión de CRIPAC y atraer personas al centro comunitario. Se habla de CRIPAC como un enlace entre lo asistencial y lo comunitario. Se valora haber expresado el lenguaje de la sociedad civil en las campañas.

“A ver, yo creo que el éxito fue instalar un enlace entre lo asistencial y lo comunitario, entre la comunidad y el hospital y los consultorios, creo que eso fue como algo importante, o sea, que ellos estén captando pacientes y nos los deriven a nosotros, me parece que es fundamental. Y lo otro que han podido expresar en un lenguaje de sociedad civil en las campañas, es el tema del VIH, y que se han introducido en las universidades, se han introducido en éstos grupos del estado de adolescentes con el tema de la drogadicción, se han introducido en el grupo de la mujer, esto que hablamos de PRODEMU, yo creo que se han introducido muchos temas”
(profesional de salud).

b) Valoración positiva de las campañas regionales, como facilitador de la conversación sobre VIH

“Considero que el CRIPAC sí ha hecho buenas campañas, las campañas que se han hecho han sido buenas y el impacto del CRIPAC sí, también ha sido bastante amplio por decirlo de alguna manera, ha llegado harta gente, el mensaje ha llegado a harta gente”
(usuario).

“Al menos la de “Arica tiene VIH” me pareció fantástica, polémica y mientras más polémica, para mí mejor. Todo lo que genera ruido en general, para una campaña y para un publicista es muy bueno y si es a nivel nacional, aún mejor. Yo creo que si uno tiene diez pesos y eso generó mil en problemas, fantástico; yo creo que si esa fue la lectura que yo le doy. Sé que es muy triste una campaña de la cual nadie hable. Se creó polémica, se conversaba, uno tomaba un taxi y el taxista algunos lo apoyaban, el siguiente estaba absolutamente en desacuerdo, pero eso generaba discusión y ponía la enfermedad como tema y me pareció muy bueno. Y así yo creo se cruzaron argumentos, se dio a conocer un centro que estaba en esto, se hizo bien eso”
(profesional salud).

c) “Valoración de CRIPAC como modelo centrado en las personas”

Desde la perspectiva de los usuarios, CRIPAC representa un lugar que los acoge, orienta, y acompaña. Una puerta de entrada que significó pesquisarlos precozmente. Hay un reconocimiento implícito al modelo de intervención, comunitario y centrado en las personas.

“Yo creo que si CRIPAC no existiera, andaríamos todos en el aire. Todos así como “me diagnosticaron de VIH, ¿y ahora qué hago? ¿A dónde voy?”

y si CRIPAC no existiera, también yo creo que mucha gente y quizás yo misma, no sabría que tengo VIH y quizás ahora estaría en una etapa ya muriéndome, no sé. Y sí, el impacto de CRIPAC es bueno” **(usuario)**

“Si no existiera, muchas personas de las que ya estamos adentro, andaríamos en el aire. Quizás no tendríamos ese apoyo, no tendríamos ese consejo, no nos hubiesen llevado de la manito a UNACESS, ahora usted va a hacer esto, porque es una, como por decirlo de alguna manera, es como una vida nueva que uno empieza, a uno le cambia todo y CRIPAC está ahí para apoyarlo a uno, en ese instante tan difícil que es cuando uno se entera del resultado, ahí uno abre el sobre con el consejero al lado y uno puede llorar, uno puede reír, las emociones pueden aflorar aquí con toda confianza. No pasaría lo mismo en un hospital, en el hospital uno está con un doctor, así como sentado, pucha me diagnosticaron, en cambio aquí no, aquí uno está en confianza. Si CRIPAC no existiera, no, no, me imagino que habría más gente infectada que no lo sabría” **(usuario)**

*“Aquí en CRIPAC, llegan, se les realiza una consejería y se les toma el examen inmediatamente y las personas que llegan a salir positivas, son llevadas personalmente a la Unidad de Atención de Salud Sexual y entregadas ahí para que comiencen su control y tratamiento”***(profesional de salud)**

d) Valoración positiva del enfoque comunitario, focalización sin estigmatización

Uno de los elementos que se buscó explorar en las entrevistas, fue si reconocían la existencia de grupos focalizados en las intervenciones que realiza CRIPAC. Las respuestas son muy variadas, identificando a grupos focalizados como: hombres, mujeres mayores de 40 años, trans, mujeres jóvenes, trabajadoras sexuales, drogadictos y adolescentes. Por otra parte, valoran haya penetrado en hombres, universidades y adolescentes. Por último, se destaca el enfoque comunitario de CRIPAC, que si bien focaliza en grupos más vulnerables, realiza también intervenciones poblacionales transversales.

“Está focalizado en mujeres, por lo que tengo entendido, personas trans y en HSH, que es como el público donde hay mayor prevalencia del VIH. Sin embargo... si po, si conocemos que tienen públicos objetivo po, así como público más focalizado, que bueno, si bien todos pueden venir acá a utilizar el servicio, no es como una cuestión sesgada, de un público etario determinado, sino que todos pueden acceder acá” **(sociedad civil)**

“Por suerte creo que el CRIPAC está bastante comunitario, así que si bien tiene focos de... trabaja por ejemplo con población trans, o trabaja con población en situación de riesgo social, o el tema de drogadicción o grupos de mujeres o grupos indígenas, yo creo que se abrió bastante a toda la comunidad, así que yo creo que va dependiendo de la demanda que ellos se van abriendo, pero creo que por suerte no han estigmatizado el tema, se han dado cuenta que lo están viviendo de una forma en la cual Arica tiene una epidemiología muy alta en incidencia y en prevalencia de VIH y que el tema es transversal, yo creo que de esa manera lo han tomado en la medida que viene la universidad y les pide una intervención lo hacen, en la medida que viene PRODEMU, el grupo de mujeres, lo hacen, en la medida que.. Yo creo que si vienen hoy o mañana el programa del adulto mayor lo va a hacer, o sea no creo que esté tan sesgado” **(profesional de salud)**.

e) Categoría: Valoración de CRIPAC como revitalizador de la respuesta frente al VIH en la región

Existe un reconocimiento de CRIPAC en la lucha contra el VIH, mejorando la oferta para la pesquisa precoz. Se valora su contribución a través de sus servicios, metodologías educativas y campañas comunicacionales. Su aporte al mayor conocimiento que hoy tiene la población sobre el VIH, reactivar el activismo y aportar a la deconstrucción cultural en torno al VIH.

“Yo considero que el CRIPAC ha tenido buenas acciones, a mí me gusta, siento que igual ha sido bastante atrevido, a pesar de los márgenes que te ponen como institucionalidad, CRIPAC ha sido atrevido en el cómo se ha implementado, en el cómo se ha parado ante la sociedad civil, en el cómo se ha construido, atrevido en el buen sentido, no en la connotación negativa, ha sido bastante así como atreverse a innovar, atreverse en ciertos aspectos y desde ahí es que... es que es bastante”

(organización de sociedad civil)

“Hay más personas que conocen CRIPAC, por un lado; segundo, hay más personas aquí en Arica que están más conscientes del tema del VIH; que cada vez estamos hablando así como “no po si hay que protegerse, usa condón” y es como... es un un tema que se ha instalado, pero se ha instalado desde la perspectiva de construir, pero también de deconstruir po, entonces cuando hablamos desde la desconstrucción; por ejemplo de que tan sólo una mujer que tenga el condón en la cartera, si bien culturalmente, desde la cultura hegemónica puede ser mal mirado, el CRIPAC se ha encargado de ponernos este tema al frente po, y es hacerse cargo en definitiva del constructo cultural po, entonces cuando te ponen el tema al frente, de que definitivamente no es un tema que esté asociado a un

público focalizado, sino que es un tema que es transversal y te empieza a hablar de una serie de botones... ahí te muestra que la persona desde ahí, va a empezar a generar una desconstrucción de todo lo que tenía asociado al VIH... cuándo una persona dice “no es que el loco es SIDOSO” “el loco tenía SIDA” y una persona es capaz de rebatir que “no, eso no es SIDA es VIH” y esa persona lo puede adquirir desde las acciones que ha hecho CRIPAC, ya sea a través de una tercerización del servicio, a través de una obra de teatro o a través de las mismas charlas, significa que hay avances, desde la construcción del discurso del lenguaje simbólico, entonces desde ahí es que los resultados, no tan sólo en lo estadístico son positivos, sino también desde lo cualitativo, en términos de las dimensiones culturales y sociales que involucran a la persona po. Entonces, viendo esa área yo considero que son bastante positivos los resultados del CRIPAC”

(organización de sociedad civil)

“Yo creo que si faltaría el CRIPAC la comunidad menos aún sabría del VIH, porque lo que ha habido del CRIPAC para trabajos extra muros es lo que ha evidenciado el VIH en la región. El tema de la campaña, de las tres campañas que salieron, salieron del CRIPAC, o sea si no habría CRIPAC no habría campaña, si no habría CRIPAC no habría otro centro de diagnóstico en otro horario que no sea asistencial, y el CRIPAC ha diagnosticado a muchos pacientes, o sea no sé si esos pacientes se hubieran diagnosticado más tardíamente en el hospital no sé, pero no es lo mismo estar con CRIPAC que sin CRIPAC. O sea eso es claro, no es lo mismo. Yo creo que hay que protegerlo”

(profesional de salud).

“Yo creo que el CRIPAC también fomentó más activismo, que el activismo igual hace 10 años atrás, había mucho activismo de pacientes, pero ahora no hay activismo”

(profesional de salud).

6.4.4 Dimensión Complementariedad

a) Complementariedad con sector salud positiva pero insuficiente para los desafíos de control de la epidemia

La complementariedad, desde lo sectorial con la red asistencial de salud, en general se considera como positiva. Si bien se reconoce la coordinación de CRIPAC con UNACESS, la contra referencia se identifica como incipiente. Respecto de la atención Primaria, la complementariedad a través de la derivación de usuarios es principalmente con el programa de la mujer, y de manera reciente con el programa cardiovascular. Con la Secretaria Regional Ministerial de Salud,

existe alta complementariedad con los programas de promoción de la salud, adolescentes, salud mental, interculturalidad, género.

“Hay muy buena complementariedad en cuanto a los temas que tiene la SEREMI de salud, como Promoción de la Salud, Salud Mental, Género, Interculturalidad, trabajamos en conjunto con el Centro Comunitario”
(profesional de salud)

“Bueno en realidad ha sido muy positiva porque nosotros somos asistenciales nada más y algo de docencia con respecto a médicos que hacen pasantías o enfermería o... bueno, más que enfermería matronas, pero el resto, como que la parte de promoción y prevención en realidad nosotros no podemos hacer mucho, porque estamos en atención secundaria, entonces a mí lo que más me interesa del CRIPAC es esa “pata” de promoción y prevención y pesquisa de pacientes y me he relacionado en el CRIPAC como una relación muy fluida, entre que me han invitado, entre que yo me he acercado, pero la verdad que yo lo siento como una expansión un poco del resto del programa, no lo veo como algo tan aislado, de esa manera”
(profesional de salud)

“Si queremos llegar al 90% de las personas diagnosticadas, ni lo servicios de salud, ni la atención primaria van a ser capaces de dar abasto, por eso creo que el rol que tiene ahora el CRIPAC, va a ser de aquí en adelante bastante más importante, no podemos cerrar en este minuto una compuerta, una puerta de acceso a la gente, a la población en general, no a la población usuaria del sistema de salud. Así que yo creo que una de las principales barreras que son de acceso, el CRIPAC cumple con ese requisito”
(profesional de la Salud)

b) Falta de reconocimiento de CRIPAC por la Red asistencial, como limitación para la expansión del trabajo

Entre las debilidades mencionadas, se identifican la baja “colaboración” e importancia que le da a CRIPAC la red asistencial, el predominio del modelo biomédico en lo asistencial, y el bajo número de horas que disponen los Centros de salud, para realizar reuniones o coordinaciones.

“Bueno es que ahí lo que fallamos tal vez somos nosotros, porque nosotros igual estamos mucho con el tema biomédico porque estamos con falta de horas y estamos preocupados en la asistencialidad, pero no nos hemos

podido coordinar con el CRIPAC en retroalimentarnos desde lo asistencial a la promoción y la prevención, eso no lo hemos podido hacer”

(Profesional de salud)

“Yo creo que lo que le falta al CRIPAC es la colaboración del resto de la red asistencial, pero el problema no lo tiene el CRIPAC, el problema del acceso al CRIPAC es que la red le dé la importancia que tiene, porque cuando me ha pasado de paciente en urgencia que le digo en qué horario está, en qué lugar está, que es gratis el examen y que está al lado de la tintorería llegan, esos pacientes llegan, no hay problema en eso. Yo eso no lo cambiaría en lo absoluto”

(Profesional de salud)

c) Valoración positiva de la complementariedad de CRIPAC con las organizaciones sociales

La complementariedad con las organizaciones sociales, se califica como relevante. Se identifica su participación en la definición de las campañas comunicacionales, en el trabajo con grupos focalizados, en la apertura del centro como espacio de encuentro con sociedad civil organizada. También se plantean desafíos y propuestas, asociadas a una mayor participación de la sociedad civil con CRIPAC, en generar “orgánicas de trabajo”, en hacer consejerías los sábados en CRIPAC.

“En términos de cómo hacemos participar a la sociedad civil, desde la accesibilidad de un centro que es efectivamente comunitario y diverso en su apuesta de la prevención, es avanzar en ese rumbo, como mayor participación. Bueno, yo no puedo quejarme de CRIPAC en realidad, en términos así como de sociedad civil porque han construido así como... y sabiendo que les metieron las mansas pencas a nivel central por “Arica tiene VIH”... pero esa cuestión, fue de la sociedad civil donde más se incidió para que fuera ese po, fue la gente así como más rupturista en el contenido de la sociedad civil, fue la que gatilló a que se haga un mensaje así”

(Organización de sociedad civil).

“Eran mujeres que nadie las tenía en cuenta y acá ellos han ido a las organizaciones de adultas mayores, en donde primero se les abren los ojos de como lo que está pasando, pero después reconocen que es un tema que tienen que verlo, tienen que saberlo y también difundirlo y eso es lo otro, que ellos son como una cadena, nosotros les informamos a ellas, ellas vienen a hacer los talleres del CRIPAC y a la vez estas mujeres que aprenden, que se capacitan, se lo llevan a otras y esas otras también nos

vuelven a llamar, y así estamos como entrelazadas”
de sociedad civil)

(Organización

d) Valoración negativa de la complementariedad con organismos intersectoriales

La complementariedad con otros sectores gubernamentales, se considera débil, convergen o articulan actividades para ser ejecutadas con CRIPAC, para el cumplimiento de metas, o porque CRIPAC atrae público.

“Entonces de ahí, yo considero que la relación que tiene CRIPAC con los otros organismos gubernamentales, son por un lado recíprocos eventuales, ya... que quiere decir esto, que por ejemplo, marco de la campaña para todos, CRIPAC necesita sacar condones, en esta feria de Carnaval Con la Fuerza del Sol, el INJUV se tiene que organizar como Servicio Público y ambos salen a hacerlo; desde esa práctica que es sumamente eventual y circunstancial, responde netamente a cuestiones que están relacionadas con indicadores y con metas”
(Organización de sociedad civil)

“Lo que pasa es que yo creo que el problema con el CRIPAC, es que el CRIPAC quiere hacer educación, pero el problema es que por ejemplo, en salud no se ha hecho mucha educación, y en educación menos de ha hecho educación, entonces el CRIPAC queda sólo en esta historia. Porque en realidad si hay un grupo de personas que está preparada para salir a la comunidad y salir a lugares de educación, a centros educativos a hablar del VIH, es el CRIPAC, el tema es quién me va a abrir la puerta”

(Organización de sociedad civil)

e) Valoración de CRIPAC como oferta complementaria a la red asistencial de salud

En general no se identifica duplicidad porque el centro CRIPAC no compite ni en horario, ni en tipo de intervención con los centros asistenciales de salud, incluso el público objetivo es distinto. Ante la epidemia del VIH, el centro CRIPAC amplía la oferta y acceso a la pesquisa y prevención del VIH.

“Quién más está haciendo prevención? No veo que nadie más haga prevención, yo no sé, podríamos duplicarnos en consejería, yo encuentro que es bueno que nos dupliquemos, puede que a lo mejor una misma persona pueda consultar en dos partes, porque también a veces pasa, lo que un consejero no logra lo logrará el otro; no veo que haya un drama si

vamos a conseguir pesquisar a otro paciente más” **(profesional de salud)**

“Entonces el CRIPAC, es como una cosa externa; creo que capta un poco de público que normalmente no viene al hospital, ni va a venir nunca, tampoco va a ir a los consultorios, entonces yo creo que por ese lado me pareció muy buena la... el complemento que está haciendo”

(Profesional de la Salud).

6.4.5 Dimensión Sustentabilidad

En relación a la dimensión sustentabilidad, existe consenso que la iniciativa CRIPAC, es coherente con los lineamientos y metas nacionales e internacionales, como los objetivos sanitarios para la década, metas OPS para el 2020, y estrategias de ONUSIDA.

a) Valoración positiva de los resultados de CRIPAC para su sostenibilidad”

La sustentabilidad está justificada por los resultados de CRIPAC, y se percibe como una iniciativa que hay que “proteger”, se valora positivamente su aporte social, y como estrategia de la región.

“Es difícil cuantificar el beneficio social que tiene CRIPAC y el beneficio que nos ha dado a nosotros como persona, porque es algo personal que a cada uno le ha impactado de manera distinta, pero sería bueno si se mantuviera en el tiempo, muy bueno porque pensemos que la enfermedad sigue en crecimiento y lamentablemente es así y sería bueno que se asociara con otras ONG o con otras entidades como la INJUV, la universidad

(Usuario).

“Yo creo que hay que presentarles y demostrarles, con todos los indicadores que tenemos, lo valioso que es tener ese Centro Comunitario”
(profesional de salud)

“Yo creo que debería ser algo ya establecido, no así como que lo estén evaluando, como proyecto, ya pasó yo creo ya esa etapa, si ya está bien, nosotros vemos, no solamente yo, vemos que es algo que está resultando, algo que es necesario y algo que si desaparece, mucha gente va a quedar sin esta opción, que es única, no hay otra. Es única, única. Entonces, o sea, si desaparece, tendríamos que hacer una marcha, una funa, no sé, algo para que aparezca, porque como le digo, cuando apareció lo aplaudimos mucho y sé que es algo que se estaba hace tiempo, como un sueño, entonces no debería desaparecer, ojalá que no desaparezca”.

(Organización de sociedad civil).

b) Sustentabilidad basado en el apoyo financiero gubernamental considerando su importante rol presente y futuro

Un segundo eje de la sustentabilidad es el financiamiento, hay consenso que este debe ser apoyado por Fondos Regionales, o Ministerio de Salud. Un elemento de preocupación es la dependencia técnica y administrativa de CRIPAC. Se percibe con mayor independencia, si el financiamiento es del Fondo de Desarrollo regional, y mayor dependencia “institucional” si es del Ministerio.

“Yo creo que puede haber un apoyo gubernamental desde ese punto de vista, o sea, evaluando todo el impacto que ha tenido el centro, yo creo que sí, si hay apoyo y debería haber mayor apoyo quizás, de todos los actores políticos”
(profesional de salud)”

“Yo creo que si seguimos cumpliendo los objetivos propuestos para el centro comunitario, yo creo que se puede sustentar CRIPAC. Eso va a depender del apoyo que nos pueda entregar el Ministerio y de la importancia que le dé el Ministerio al funcionamiento del Centro Comunitario en nuestra región”
(profesional de salud)

Existe la visión que hay grandes desafíos en materia de VIH en la región, y que la iniciativa CRIPAC es fundamental para alcanzarlos, que debería ser una estrategia permanente mientras persista el VIH como problema de Salud Pública en la región.

“Por lo tanto a mí lo que me da miedo es, cuál va a ser esto en el tiempo a futuro el CRIPAC, que podría... Para mí es fundamental que persista, yo creo que ahora viene recién yo creo que el rol... si ha sido el rol importante, ¡Dios mío! Yo creo que los años venideros, va a ser aún más importante, yo creo que hay que darle mucha más fuerza al CRIPAC como institución, que es una institución que tiene acceso de hacer campañas focalizadas, regionales, con la gente que trabaja en el tema, que conoce del tema y puede que no sean las mismas necesidades que tienen en Iquique, en Punta Arenas, quizás son otras las percepciones, otras... va por otro lado la epidemia, pero nosotros ya más o menos lo tenemos claro, tenemos el conocimiento de lo que deberíamos hacer”
(profesional de salud)

6.4.6 Dimensión Propuestas o Recomendaciones

Una categoría especial está asociada a propuesta que los entrevistados señalaron, que son relevantes a considerar para mejorar el funcionamiento y sustentabilidad del Programa. La mayoría de los entrevistados planteo propuestas desde el ámbito organizacional, y diseño del modelo de intervención, se ve como una necesidad ampliar la integración de CRIPAC con la red asistencial, e instancias de trabajo mancomunado con organizaciones de la sociedad civil.

a) Recomendaciones desde el ámbito organizacional

Para algunos entrevistados, la implementación del Programa Centro Comunitario CRIPAC debe avanzar a una mayor integración de los diversos actores del Sistema de Salud. En este sentido, no ha existido una relación óptima de complementariedad entre CRIPAC y el nivel secundario. No obstante a ello, se plantean propuestas en ese sentido.

“Bueno es que ahí lo que fallamos tal vez somos nosotros, porque nosotros igual estamos mucho con el tema biomédico porque estamos con falta de horas y estamos preocupados en la asistencialidad, pero no nos hemos podido coordinar con el CRIPAC en retroalimentarnos desde lo asistencial a la promoción y la prevención, eso no lo hemos podido hacer”

(Profesional de salud)

“Es que habíamos quedado en un momento que era interesante que nosotros deriváramos a los jueves positivo pacientes y que a su vez ellos vinieran a la sala de espera a hacer algunos trabajos, por ejemplo ahora queremos hacer los jueves el día de la mujer, el poli de la mujer y los jueves atender sólo pacientes mujeres y de la parte psicosocial, médica y la parte obstétrica, ginecológica, la parte de matrona... todo pasarlo para los jueves y ahí de repente sería interesante hacer algo con el CRIPAC”

(Profesional salud).

“En el CRIPAC coordinan todo para que uno vaya en primera instancia, como la primera vez que uno va al doctor, ellos coordinan todo. Y desde la UNACESS al CRIPAC, veo que recién hay una coordinación, porque igual como estamos empezando con los jueves positivos, los doctores dicen “pero vaya al jueves positivo” y ahí hay una coordinación, pero está como recién”

(usuario)

En este mismo ámbito, la sociedad civil plantea, la necesidad de fortalecer el trabajo asociativo, a través de comisiones de trabajo y voluntariado de sociedad civil en CRIPAC, a fin de realizar su contribución a la lucha contra el SIDA.

“Yo creo que se tiene que seguir perfeccionando, que se tienen que seguir instalando instancias de trabajo y como que por ahí va la cosa... no sé si Mesas, yo creo que mejor Comisiones”

(Organización de sociedad civil)

“Ahora, quizás sería bueno que los días sábado, se pudiera implementar este espacio, pero asesorado, orientado por la sociedad civil po, no por compañeros de CRIPAC; ahora si los compañeros de CRIPAC quieren estar presentes monitoreando el proceso... maravilloso, sin embargo, la sociedad civil, que también se pueda empoderar de este espacio y podamos también, contribuir a entregar consejerías y entregar orientación a las personas que puedan venir un día sábado, yo creo que serían como avances importantes po ”

(Organización de sociedad civil)

Algunos entrevistados, plantean la necesidad de ampliar el enfoque preventivo y promocional de CRIPAC, complementándolo con servicios de apoyo emocional e información para usuarios y sus familiares de los casos nuevos que se pesquisan.

“Me lo imagino yo así como de repente como “libre demanda”, por ejemplo ahora es como “libre demanda” uno a veces viene y “oiga, ¿puedo hablar con ella?” “sí, o ven tal día” “ah, ya, gracias” me lo imagino así y también que a uno le pudieran dar así como “sabe qué, quiero venir con mi familia a buscar información” los que ya estamos diagnosticados, “ya, puede venir tal hora, tal día, tal persona los va a atender” o que se hicieran charlas, para los familiares, o no sé, me imagino yo así en el futuro; que se pudieran hacer claro así como los jueves positivos también, también que se pudiera hacer de diferente manera con los familiares, trabajar con nosotros mismos, hacer más talleres que no sea solamente una vez al mes, que pudiera hacerse dos veces, tres veces al mes, sería bueno, hay harta gente que lo necesita, que está sola en esto y que necesita hablarlo y la única parte donde lo hablan es aquí en CRIPAC, sería bueno que pudiera darse una instancia también a esas personas en el futuro”

(usuario)

Otro actor de la red asistencial de salud, plantea que CRIPAC debería incorporar las pruebas rápidas, para facilitar la pesquisa en intervenciones territoriales.

“Es que yo lo que creo es que si hay alguna intervención que se podría hacer, es con respecto a los test rápidos de repente”

(Profesional de salud).

Para los entrevistados, un eje central del Centro Comunitario, es el equipo de trabajo, y desde la mirada de la sustentabilidad y funcionamiento de CRIPAC, plantean dar mayor estabilidad, y seguridad social.

“Destacar la iniciativa, la acuciosidad y la buena disposición, del personal del Centro Comunitario, porque muchos de ellos quizás no sean profesionales, pero la entrega que tienen, es total al trabajo y considerando que son personas que están trabajando solamente por compra de servicios, no que tienen un contrato y ellos podrían optar por una estabilidad laboral en otro lugar, pero la entrega es extraordinaria, o sea, trabajan fuera de su horario, no ven el cansancio, no ven el agotamiento y siguen entregando lo mejor de ellos”

(organización sociedad civil)

“Entonces desde ahí, es efectivamente el compromiso que tiene CRIPAC po, porque yo pienso que eso es lo que la gente tiene en la retina y es como... CRIPAC tiene un compromiso irrestricto con el trabajo de prevención de VIH, esa es la percepción que tenemos las personas”

(organización sociedad civil)

Existe consenso entre los entrevistados, en proponer mejoras de la accesibilidad física, se identifica la escalera de acceso, como barrera para las personas con discapacidad y tercera edad. Así mismo hay opiniones coincidentes respecto de mejorar la señalética o identificación del centro CRIPAC, y ampliación de horarios en las mañanas.

“No es difícil llegar al CRIPAC, pero sí no tiene como una buena señalética, o sea, porque claro uno le dice: Mira, se ubica en tal... yo básicamente les digo: por la lavandería que está al lado... mira está al lado, en el segundo piso, pero no hay como una señalética que diga “Este es el CRIPAC”. Ahora, también tiene una significancia porque es como para no estigmatizar a la gente que llega ahí, yo lo entiendo así. Pero quizás se podría hacer otro tipo de señalética que... Centro de Información” **(profesional de salud)**

“El horario... Podrían no hacerlo hasta tan tarde o tener un pequeño horario en la mañana. La gente que como que estudia o hace cosas en la noche, no tiene tiempo en la mañana” **(usuario)**

Por último, existe coincidencia entre los entrevistados, que la iniciativa CRIPAC, debería replicarse en regiones con alta incidencia de VIH, por sus buenos resultados, de modo que no sea una iniciativa piloto, o de laboratorio.

“Siento que el centro es un muy buen aporte acá a la zona, a la región y que debería tener réplicas cierto, en las otras zonas, pero que básicamente es un centro de atención que ha ampliado cierto la oferta del examen, ha ampliado también la parte de la difusión de la prevención, y especialmente el trabajo con las otras ONG, o sea, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, que en un comienzo igual hubieron sus roces, no es cierto, pero ya se ha ido mejorando eso” **(profesional de salud).**

“En Punta Arenas ahora aumentó mucho la Hepatitis B y está aumentando el VIH e igual está en una situación geográfica extrema, igual si bien parece increíble igual tiene condiciones parecidas a Arica o de repente en Temuco podría ser otro lugar, donde también hay mucha población originaria, pero yo creo que... Bueno, si hubiera sido un centro en Valparaíso o en Santiago, pero con que hubieran 3 centros más como el CRIPAC en el país y tuviéramos centros espejo, yo creo que sería interesante, porque si no de esta manera quedó muy aislado, quedó como una cosa como medio de laboratorio de Arica y nada más cuando en realidad es una muy buena estrategia que se podría replicar” **(profesional de salud).**

A continuación, y después de haber presentado los resultados del estudio, en el siguiente capítulo se realiza la discusión de los mismos, en el contexto del análisis del estado del arte que se presentó en el capítulo de Marco Teórico.

VII DISCUSION:

En este capítulo se presenta la discusión de los principales hallazgos de la investigación. En la primera parte se discuten los resultados de la evaluación del diseño de programa y su implicancia en la evaluación de los resultados de los indicadores y metas del programa CRIPAC. En la segunda fase se discuten los resultados asociados a los objetivos alcanzados en materia de implementación del programa Centro Comunitario CRIPAC, y si existe concordancia con otros autores, respecto de la efectividad y pertinencia de sus intervenciones.

Los resultados de la coherencia interna y pertinencia, como elementos centrales en la evaluación de diseño de programa, y marco contextual para comprender las implicancias y limitaciones de los resultados obtenidos, nos mostró la debilidad del diseño asociados a la definición del FIN y Propósito del Programa, los cuales corresponden a un nivel macro asociado a programas de alcance nacional, que no se condicen con el nivel de intervención del ejecutor y efecto directo del Programa, que es la implementación del Centro CRIPAC. Desde esta perspectiva, haber utilizado una metodología mixta, para la evaluación de la implementación del programa Centro Comunitario CRIPAC, le ha dado riqueza al análisis, y mayor robustez a los resultados. Como señalan algunos autores, la investigación en salud pública tiene como objetivo el indagar, analizar y explicar la distribución del estado de salud de las poblaciones, los factores que la determinan y las respuestas sociales para hacer frente a los problemas de salud en forma colectiva (33). Por lo anterior, consideramos pertinente y útil, haber aplicado la metodología cualitativa, para conocer la percepción social, respecto de la eficacia de este programa social y como complemento de los resultados cuantitativos.

En relación a los objetivos y metas planteadas, el primero de estos fue “acercar los servicios de prevención, consejería y diagnóstico a la población vulnerable a través de un servicio de base comunitaria, con personal especializado y en horario adecuado a población trabajadora”. La evaluación cuantitativa, nos muestra como

indicador de resultado, que el centro CRIPAC, aporta el 47% de las muestras voluntarias del sector público. Sin embargo es preocupante el porcentaje de pesquisa, que se realiza en los servicios de hospitalización, siendo mayor en mujeres, que en hombres. CRIPAC es el centro que focaliza el mayor número de intervenciones preventivas con la comunidad (140 talleres/año), y ha mejorado la pesquisa en hombres (57% consultantes son hombres), quienes no llegaban a los centros de salud, entre éstos un 20% de los hombres consultantes en CRIPAC, declaran tener relaciones homosexuales y bisexuales (HSH). Lo anterior se ve ratificado al comparar la razón hombre /mujer, en la pesquisa del trienio en evaluación. Para CRIPAC esta razón alcanza 4,75 y para el mismo periodo esta razón en el resto de consultantes es 1,45. Investigaciones plantean que la prevalencia de VIH en HSH, en América Latina, es alrededor de 12% (15). Siendo una de las principales barreras y desafíos los servicios de atención preventiva en estos grupos.

En tres años de funcionamiento, CRIPAC pesquisa 66 personas, los 6 CESFAM sólo 40 personas, y lo más preocupante 60 casos en servicio de hospitalización.

De acuerdo a información epidemiológica actualizada del país, nos muestra que la razón hombre/mujer para VIH/SIDA, es 5:1, mientras que en la región es 3:1, y progresivamente cercana a 2:1, la tasa de mortalidad de mujeres es de 1 por cien mil en el país, en comparación con la región 5,3 por cien mil (año 2011). Las mujeres se están pesquisando mayoritariamente en los servicios de hospitalización, y en mayor proporción que los hombres.

Estos resultados muestran las limitaciones estructurales, que tiene el sector público en la región, para ofrecer la prueba de VIH y pesquisar precozmente a la población: No obstante con la iniciativa CRIPAC, si bien aumenta el número de pruebas, la línea base era tan baja, que estos incrementos son insuficientes. Otra situación que refleja esta limitación estructural del sector público de la región, es que el mayor crecimiento en exámenes es del sector privado (230%) y sólo un 125% del sector público, cuyo peso fundamental en este incremento es aportado por CRIPAC. En la región, sólo recién el año 2012, y luego de acciones de

abogacía con la Dirección del Servicio de Salud Arica, se abre la posibilidad de ofertar el examen de VIH a población general en los CESFAM, y aun así la cobertura ha sido insuficiente y restringida.

Complementariamente la evaluación cualitativa de la dimensión accesibilidad, nos mostró la alta valoración que los entrevistados, dan al horario vespertino de la atención, especialmente para población trabajadora y estudiante. Se considera el horario como un facilitador del acceso, y el Centro Comunitario, como un complemento del horario de los Centros de Salud y particularmente del Centro de Atención de Salud Sexual (UNACESS).

Uno de los elementos más valorados de la accesibilidad, es la ubicación geográfica, en el centro de la ciudad, y la privacidad que da CRIPAC al encontrarse alejado de los centros de salud. Lo anterior, estaría relacionado a que los establecimientos de salud se asocian a lugares estigmatizados, y constituiría una barrera en el acceso. La alta valoración que dan a la privacidad o confidencialidad, puede estar relacionado con el estigma y a la discriminación, no sólo por tener VIH, sino por la orientación sexual o identidad de género. Por otra parte, al centro CRIPAC se le identifica positivamente como un lugar cercano, que da confianza, y que no discrimina por orientación sexual, género, o por ser adolescente.

Existe evidencia a nivel nacional, que la sociedad chilena ejerce violencia a través de la discriminación y la exclusión social, según datos de la VII Encuesta Nacional de Juventud, los jóvenes de grupos minoritarios que más han sentido discriminación “en el último mes” son, las personas con discapacidad (43.3%), seguido por homosexuales y bisexuales (37.2%) y los pueblos originarios (36%). Más aún, al 15.8% de los jóvenes no les gustaría tener como vecinos a gay o lesbianas, cifra que se eleva al 18.1% al considerar sólo la opinión de los hombres y baja al 13.4% en el caso de las mujeres. En relación al grupo socioeconómico, el rechazo es del 11% en el ABC1; mientras en el C2 es de 12.2%; en el C3 de 16.4%; en el D del 17.4% y en el E del 23.1%. En sectores urbanos llega al 14.8% y en los rurales a la alta cifra del 22.6% (34).

La exposición diferencial de un segmento transversal de la población, con mayor vulnerabilidad por condiciones de carácter estructural como son las variables socioeconómicas, etnia, inequidad de género, nivel educacional, migración, adicciones, sumado a un contexto de discriminación y exclusión social, de las distintas instancias de poder y participación, pone a esta población en una situación de desventaja para el manejo adecuado del riesgo asociado a la transmisión del VIH y otros problemas de salud vinculados a la vulnerabilidad social. A la exposición diferencial se suman las barreras de acceso que presentan los servicios de salud individual, en términos de oportunidad, pertinencia y eficacia de los servicios preventivos y de diagnóstico, que están más orientados a la atención la salud reproductiva y la salud sexual de parejas heterosexuales.

Es un tema no resuelto mejorar la pertinencia de los servicios de salud, que sean estos acordes a las necesidades de la población, y no se constituyan en un factor adicional de exclusión o de indiferencia, en la región más afectada por la epidemia del SIDA del país.

Respecto al segundo objetivo de “Mantener y aumentar la percepción social de riesgo poblacional, la pesquisa precoz y las medidas de prevención a través del diseño e implementación de una campaña comunicacional en etapas”. Podemos señalar, que la tercera campaña fue evaluada en términos de cobertura e impacto, De acuerdo a los resultados de la consultora Gnous, en la región 9 de cada 10 personas tuvo conocimiento de la campaña, 8 de cada 10, comprendió el mensaje que invitaba a realizarse el examen del SIDA. “La campaña moviliza respuestas diversas y no deja espacio para indiferencia”. “En este marco instala la preocupación por el VIH, por la ciudad y sus habitantes e instala la necesidad de prevención como prioridad”. “Como externalidades positivas de la campaña se relacionan con una audiencia que parece haber avanzado en bajar la discriminación hacia grupos específicos y que está receptiva a escuchar y construir una respuesta al VIH SIDA”.

Algunos autores plantean “respecto de una política comunicacional en VIH, es más que una campaña masiva, lo que en el caso chileno, no ha demostrado ser

suficiente. Los mensajes entregados a la población, además de proveer información certera respecto a la temática del VIH, deben proveer canales de derivación directos a la población, que en forma expedita pueda resolver sus inquietudes” (35).

Desde la perspectiva de evaluación cualitativa, existe amplio consenso en la importancia de las campañas regionales, todos los entrevistados, valoraron positivamente las campañas comunicacionales, concuerdan que éstas tienen un alto impacto, son reconocidas, y atraen gente al centro CRIPAC para realizarse el examen del VIH, generan conversación de la temática..

Es importante relevar en ese éxito, la participación social que existió en el diseño de las tres campañas, al respecto un entrevistado, releva esto, como “*CRIPAC pudo traducir el lenguaje de la sociedad civil en las campañas*”. Sin embargo fue más allá que traducir un lenguaje, la sociedad se involucró activamente, puso el mensaje, actuaron en los spots televisivos, hicieron defensa del contenido de la campaña. Esto último es concordante, con lo que plantean algunos autores, respecto a lo que es participación social, definida como el proceso en que los miembros de una comunidad se compromete individual o colectivamente, a expresar o desarrollar la **capacidad** de asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y de planificar y actuar para buscar soluciones (36).

El aumentar la pesquisa precoz, a través de las campañas, es un objetivo, que es difícil medirlo cuantitativamente, sin embargo si consideramos que la pesquisa a través del procesamiento de pruebas de VIH, se da tanto en el sector público como privado y las campañas comunicacionales, tiene un alto nivel de cobertura y conocimiento en la región. Un indicador proxys de la pesquisa, puede ser el aumento de procesamiento de pruebas de VIH en la región. Que en el caso del sector privado tuvo un incremento de 230% en tres años, y en el sector público 125%. Sin embargo si comparamos los resultados de la positividad de las pruebas en tres años vemos un decreciente índice, (0,94%, 0,67%, 0,52%), misma tendencia ocurre en el centro CRIPAC (3,4%; 2,75%, 2,0%). Lo anterior estaría mostrando la falta de focalización de las campañas, considerando que quienes

reaccionan positivamente a ellas, son población general que no está en riesgo, y hay un grupo refractario que sigue estando al margen, no percibiendo el riesgo.

Un estudio realizado por OPS en la región de Arica y Parinacota el año 2010 (37), caracterizó al grupo que sistemáticamente (30% anual), rechaza la confirmación y etapificación, el 14.7% corresponde a casos que habían sido diagnosticados con anterioridad o que se realizaron un nuevo examen en la región de Tarapacá donde fueron ingresados al sistema nacional de casos. Un 11.8% por su parte, corresponde a casos que fallecieron antes de ser notificados o a los pocos días del diagnóstico. El perfil es población adulta joven, con alto nivel educacional, principalmente masculino, heterosexual, que también prefiere otros sistemas o regiones. El 61.8% declaró conducta heterosexual. El 35.3% declara conducta homo-bisexual, alcanzando estos últimos a un 11.8%. Este grupo nos plantea un nuevo desafío, poder caracterizarlos, saber quiénes son, cual es el perfil de vulnerabilidad, qué los hace refractarios al sistema, cuál es la vinculación o redes de conexión sexual de esta población heterosexual, con los grupos HSH.

Por último, analizaremos el objetivo asociado a “mejorar la oportunidad del diagnóstico y la reducción de la transmisión del VIH, a través del acceso a pruebas diagnósticas y el uso sostenido del preservativo en población vulnerable”.

El indicador asociado a mejorar la oportunidad del diagnóstico, es considerado como un indicador de la eficacia del programa, y es expresado como proporción de casos diagnosticados en etapa VIH /SIDA. Para el periodo de evaluación 2012-2014, para CRIPAC fue 76,1% en etapa VIH y un 23,9% en etapa SIDA. El indicador para población regional, no consultante CRIPAC es 57.2% de casos notificado en etapa VIH v/s un 42,7% de casos notificados en etapa SIDA. Este objetivo además implicaba, que mejorar el acceso a las pruebas diagnósticas, o de pesquisa, significaría un aumento en la tasa de incidencia. De acuerdo a la fuente de epidemiología de la SEREMI de Salud, la tasa de VIH/SIDA del trienio 2006-2009, fue (24,7) por cien mil habitantes, y el periodo de ejecución del programa, 2012-2014, fue 29,0 por cien mil habitantes, con un incremento de 17% en la tasa de incidencia y un 30% en números de casos.

Desde la dimensión focalización, que está asociada a “población vulnerable”, la línea basal del diagnóstico epidemiológico, quinquenio (2005-2009), nos mostraba que la epidemia en la región, se concentraba en un perfil de población caracterizada, por factores comunes a todos los grupos, la mayor parte de los casos diagnosticados corresponde a población joven, con nivel educacional medio alto pero con un alto porcentaje de ocupación de menor calificación, con consumo de alcohol y otras drogas, sin uso del preservativo, con alto porcentaje de conducta homo – bisexual en hombres y con consulta tardía. El conjunto de estos elementos hacen pensar que se trata de una población bastante vulnerable en el sentido económico, social y emocional. Por lo anterior, basado en esta evidencia, el trabajo de CRIPAC se focalizó en establecer redes de trabajo, con organismos intersectoriales y de la sociedad civil, que trabajaran con grupos con mayor vulnerabilidad, entre éstos Gendarmería, establecimientos educacionales de tipo técnico, liceos nocturnos, hospederías, centros de rehabilitación de SENDA, ONG de protección de la infancia y la juventud, INJUV, centros de alumnos de las universidades, Centro Formación técnica, escuela de carabineros, regimientos, Aldea SOS, organismos en convenio con SENAME, discos alternativas, organismos que trabajan con población migrantes e indígena.

Por lo anterior, el perfil del consultante CRIPAC (33), está representado por “estudiantes” con un (32,9%) del total, seguidos por personas “cesantes o sin ocupación” con un (11,8%), personas con “empleos de baja o ninguna calificación” (11,3%), “operarios/ empleados de mediana calificación (6,5%) y “profesionales” (6,1%). El análisis por etnia muestra que el 20,6% de los consultantes declaran pertenecer a alguna etnia. De ellos el 74,8% se reconoce aymara, el 12,6% mapuche, el 3,1% afro descendiente y otro 3,1% quechua. El 10,0% declara solo parejas del mismo sexo y el 4,6% señala que ha tenido parejas sexuales de ambos sexos. El análisis por sexo muestra que en el caso de los hombres, el 80,4% declara relaciones sexuales solo con mujeres, el 14,7% sólo con hombres y el 4,9% con hombres y mujeres.

Si consideramos que en la VII Encuesta Nacional de la Juventud, del año 2012, se incorporó consultas sobre orientación sexual e identidad de género, arrojando que el 84.1% se declaró heterosexual, el 2.2%, homosexual y el 1.1% bisexual, mientras que el 12,6% no contestó la consulta (38). Existiría entonces en CRIPAC, una adecuada focalización en población de la diversidad sexual, especialmente en HSH (15%) de los hombres consultantes. Cifra que tiene una doble significancia, porque corrobora la confianza que da CRIPAC, al aumentar la declaración de la orientación homo y bisexual.

Algunos estudios provenientes de meta análisis plantean que la prevalencia estimada de VIH en HSH de América Latina, es alrededor de 12%, siendo un reto para nuestros países, el abordaje en vigilancia, prevención, y tratamiento (22). ONUSIDA en su informe Mundial, estima que en 2005, menos de uno de cada 10 HSH a nivel mundial tenía acceso a servicios adecuados de prevención del VIH, y que son una población prioritaria, especialmente en epidemias de tipo concentrada como en América Latina (38).

Respecto del uso del preservativo, la fuente es la Encuesta Nacional de INJUV 2013, y no se dispondrá de resultados hasta abril del 2016. Sin embargo, creemos que es un indicador que si bien podría tener un incremento en la línea basal, que para el año 2011 es 61% de la población entre 15-29 años, usó preservativo en la última relación sexual en los últimos 12 meses. El indicador de mayor eficacia para el control de la epidemia es el del uso del preservativo siempre, y ese indicador no supera el 10%, según los resultados del sistema de vigilancia de segunda generación de CRIPAC (32).

Desde la percepción de los actores claves entrevistados, y en especial desde la perspectiva de los usuarios, CRIPAC representa un lugar que los acoge, orienta, y acompaña. Una puerta de entrada que significó pesquisarlos precozmente. Hay un reconocimiento implícito al modelo de intervención, comunitario y centrado en las personas. Los entrevistados identifican a grupos focalizados como: hombres, mujeres mayores de 40 años, trans, mujeres jóvenes, trabajadoras sexuales, drogadictos y adolescentes. Valorán que la intervención haya penetrado en

hombres, universidades y adolescentes. Se destaca el enfoque comunitario de CRIPAC, que si bien focaliza en grupos más vulnerables, realiza también intervenciones poblacionales transversales, asociado a campaña, talleres, salidas nocturnas, intervenciones urbanas. Se destaca el trabajo asociativo, que ha logrado establecer con sociedad civil organizada, en el territorio local, con las autoridades políticas regionales.

Todas las recomendaciones técnicas, tanto de organismos internacionales como nacionales plantean la necesidad de fortalecer la asociatividad con la comunidad organizada y con participación de los mismos afectados. Las declaraciones Políticas de ONIUSIDA, reconocen la necesidad de emprender una acción multisectorial en una variedad de frentes y niveles, internacional, regional y nacional, todo ello con el propósito de prevenir nuevas infecciones por VIH, ampliar el acceso a la atención sanitaria y reducir el impacto de la epidemia. Desde esta perspectiva, la región representa un esfuerzo inédito, por buscar estrategias, voluntades y recursos técnicos, económicos y políticos, para enfrentar el VIH.

VIII CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente tesis se estructuran en razón de dar cumplimiento a los objetivos de investigación propuestos. De esta forma, en la primera y segunda parte del texto se exponen las conclusiones relacionadas al logro de los objetivos establecidos en el programa, sus indicadores de desempeño, y la contribución para el control de la epidemia. Seguidamente, se concluye la visión de los entrevistados respecto a la calidad, accesibilidad, complementariedad y sostenibilidad del programa. Finalmente, y para dar cumplimiento a los objetivos planteados, se identifican algunas recomendaciones y áreas de futura investigación para mejorar la implementación del Centro CRIPAC.

El Programa Centro regional de Información y apoyo a la Consejería en grupos socialmente excluidos, es una iniciativa que nace al amparo de la Mesa Regional Intersectorial de la Respuesta del VIH/SIDA, que logra el apoyo político y financiero del Gobierno Regional, para su implementación y funcionamiento por tres años (2011-2014).

El programa fue ejecutado fielmente, a lo descrito en su formulación, que era el anhelo de la Mesa Regional Intersectorial. *“El Centro Comunitario Modelo, será un espacio amigable para la entrega de información, consejería, prevención y apoyo al diagnóstico del VIH-SIDA. Accesible a la comunidad y alternativo a los centros públicos de Salud, que permita el acceso oportuno de población discriminada o excluida socialmente, consultante espontánea o por medio de estrategias de pesquisa focalizada en población vulnerable. Complementariamente al Centro, se realizarán estrategias de comunicación social periódicas y vinculación de acciones con la mesa intersectorial de Prevención del VIH-SIDA, para la promoción de acciones orientadas a la no discriminación y el estigma. El centro será atendido por consejeros en VIH-SIDA, personal para toma de muestras de VIH, un administrativo y un coordinador, quienes trabajarán en horario de 15-23 horas, de lunes a sábado”.*

La evaluación por objetivos, nos mostró que la iniciativa es exitosa en términos de los resultados y metas propuestas al término de su período.

Logró efectivamente acercar los servicios de prevención, consejería y diagnóstico a la población vulnerable a través de un servicio de base comunitaria, con personal especializado, y en horario de atención adecuada a población trabajadora.

Su perfil de consultantes son mayoritariamente hombres, jóvenes, estudiantes, desempleados, o con empleos de baja calificación. La multiculturalidad de la región, está representada fielmente, con (20%) consultantes (aymara, mapuche, quechua y afrodescendientes). Y sobre representada por HSH, con un (20%) de sus consultantes hombres. Aporta el (47%) del total de muestras voluntarias del sector, y un (34%) de los exámenes reactivos del sector público.

Desde la dimensión de la accesibilidad, es el horario y ubicación geográfica, elementos altamente valorados por los entrevistados. Se releva la complementación que realiza con los Centros de salud tradicional, que realizan su atención hasta las 17 horas, y concuerdan que el perfil de consultantes CRIPAC no llega a los Centros de salud, es distinto, busca un lugar donde no ser discriminado por su orientación sexual, identidad de género, o juventud.

La dimensión calidad, está fuertemente influida por el equipo de trabajo profesional prioritariamente del área social y sociedad civil, con competencias en consejería de VIH, enfoque de género, derechos humanos, educación popular en salud. Son reconocidos, por su calidez, compromiso, y acogida. Lo anterior corresponde además a un perfil definido participativamente con integrantes de la mesa regional, así también su modelo de intervención, que está basado en el respeto de los derechos humanos, la no discriminación, enfoque de género, y de derechos sexuales y reproductivos.

En la dimensión complementariedad, su fortaleza está en el modelo de intervención, no en el número de pruebas de pesquisa que realiza, sino en la focalización de sus intervenciones, y las metodologías participativas de prevención y gestión. No reemplaza a los servicios de salud primaria ni UNACESS, los

complementa. Trabaja en lo comunitario con los códigos y enfoque de las ONG, pero con apego a las normas ministeriales, como el manual de procedimientos de toma de muestras de VIH, los objetivos sanitarios para la década, el registro SUR VIH, la notificación de casos, la planificación operativa.

Respecto del objetivo de mantener y aumentar la percepción social de riesgo poblacional, la pesquisa precoz y las medidas de prevención a través del diseño e implementación de una campaña comunicacional en etapas.

Los resultados de la última campaña comunicacional avalan, la excelente cobertura regional que tuvo, con un conocimiento de la campaña (92%), y el impacto de ésta, medido en el reconocimiento del mensaje central por el (80%) de los encuestados. La fortaleza principal, es nuevamente el diseño participativo, con involucramiento activo de la sociedad civil, la calidad de la propuesta, y el despliegue multimedial en un periodo de cuatro meses, superior a las campañas nacionales, que se acotan a 1 o 2 meses. La campaña es considerada como movilizadora de respuestas diversas y que no deja espacio para indiferencia. En este marco instala la preocupación por el VIH, por la ciudad y sus habitantes e instala la necesidad de prevención como prioridad. La campaña comunicacional, no logra por si sola mejorar la pesquisa precoz, son las intervenciones asociadas, vinculadas a la focalización, y la disminución de las barreras de acceso como el estigma y la discriminación, las que permiten aumentar la pesquisa precoz en el centro comunitario. Por esto los resultados no son entendibles a toda la red pública. La positividad de las pruebas de VIH es de (2,5%) en promedio, y la positividad de las pruebas en población general es (0,5%).

El tercer objetivo, de mejorar la oportunidad del diagnóstico y la reducción de la transmisión del VIH, a través del acceso a pruebas diagnósticas y el uso sostenido del preservativo en población vulnerable. Es cumplido parcialmente, si bien CRIPAC logra con creces mejorar la oportunidad de la pesquisa en etapa VIH, tanto en hombres como en mujeres, con un (77%) etapificados como VIH y (23%) SIDA. El uso del preservativo en forma consistente, es bajo, no superior al (11%).

Lo anterior, coincide con lo declarado por lo casos notificados, (11%) uso consistente y un (40%) declara nunca haber usado condón.

Si bien CRIPAC entrega preservativos, enseña y promueve su uso, se debe investigar, las causas basales, de su baja adhesión en población de riesgo. Uno de los factores no estudiados adecuadamente, es el uso de drogas ilegales y la dependencia económica de la población con mayor vulnerabilidad, especialmente los jóvenes HSH, mujeres parejas de HSH, población transgenera, migrantes.

Desde la dimensión eficacia, los consultantes coinciden, que CRIPAC es un centro, que ha permitido dar agilidad a la respuesta frente al VIH, ha sido atrevido, innovador, ha abierto una puerta para la pesquisa precoz, y la prevención en grupos marginales o que se sienten excluidos de los Centros de salud tradicional. Existen altas expectativas por los desafíos que vienen y el rol que jugará CRIPAC.

No obstante a los buenos resultados de pesquisa, focalización, y valoración positiva respecto de la eficacia de la intervención CRIPAC como complemento de los establecimientos de salud, el programa logra su máxima valoración y eficacia, en ser un puente entre la comunidad, y los servicios de salud, un puente en el que transitan sociedad civil, usuarios y consejeros, horizontalmente.

Para lograr controlar la epidemia, la iniciativa CRIPAC no sólo necesita ampliarse y fortalecerse, como lo indican los entrevistados, sino que a su vez requiere de modificaciones estructurales para que el sistema de salud, reduzca las barreras al acceso de las pruebas de pesquisa en atención primaria, amplíe y diversifique la oferta para el ingreso a control, fortalezca la adherencia al tratamiento, con la participación activa de los usuarios y sus familias, o apoyo sociales significativos, y por último, quizás lo más importante, elimine el estigma y la discriminación en los propios centros de salud.

Por último, respecto de las recomendaciones, existen las específicas referidas a la implementación del Centro CRIPAC, y las generales, asociadas al control de la epidemia en la región.

De las recomendaciones específicas, se propone:

- Mantener las campañas comunicacionales regionales, incorporar a grupos emergentes en la epidemia, como los adultos mayores, mujeres, población indígena y estudiantes.
- Complementar la pesquisa, consejería y prevención en grupos vulnerables, con el apoyo emocional e información para usuarios y sus familiares de los casos nuevos o refractarios a la adherencia y control.
- Dar mayor estabilidad, y seguridad social al equipo humano de CRIPAC, a través de contratos de trabajo estables, que disminuya la rotación del personal calificado.
- Mantener el perfil psicosocial y de sociedad civil, como consejeros. Trabajar asociativamente con sociedad civil organizada, para su incorporación como voluntarios.
- Aumentar la difusión y señalética de identificación de CRIPAC, sin estigmatizarlo.
- Mejorar el acceso físico a CRIPAC, a personas con discapacidad y adultos mayores.
- Ampliar el horario de atención en las mañanas, y sábados.
- Perfeccionar las instancias de trabajo intersectorial de CRIPAC, a través de la conformación de comisiones con sociedad civil e intersector, promoviendo la focalización con usuarios de programas sociales.
- Mantener la vigilancia de segunda generación de CRIPAC, y utilizar la información para la focalización de estrategias preventivas.
- Evaluar las intervenciones preventivas de CRIPAC, asociados a la reducción del número de parejas, uso del preservativo.
- Mejorar la referencia y contra referencia con UNACCESS, incorporando a CRIPAC en el continuo de la atención de los pacientes, existiendo una gama de acciones complementarias, en materia de pesquisa, adherencia, prevención secundaria, investigación operacional, entre otras.

- CRIPAC no debe olvidar que su focalización, está en población con mayor vulnerabilidad a la epidemia, no los estudiantes secundarios, los que deben ser abordados por el Ministerio de Educación.
- Financiar el funcionamiento de CRIPAC y la campaña regional, con fondos regionales (FNDR), y el equipo de trabajo con financiamiento MINSAL, para dar sustentabilidad. En su defecto presentar la iniciativa directamente al Ministerio de Hacienda, para su financiamiento directo.

De las recomendaciones generales para el control de la epidemia, la autora de la tesis, propone lo siguiente:

- Mejorar la pertinencia, del diseño de la atención integral del VIH, incorporando elementos de acceso, como flexibilidad y ampliación del horario, apoyo psicosocial a los usuarios y sus familias. Extender el horario de atención en UNACES, para población trabajadora o refractaria por temor a la discriminación. Para ello, se propone convenio con la Seremi de Salud, para realizar la extensión horaria de su personal, en el Centro CRIPAC.
- Desarrollo de competencias de los equipos de salud, en derechos humanos, sexuales y reproductivos, enfoque de género, pertinencia cultural, enfoque generacional. Para reducir los índices de estigma y discriminación, no sólo al VIH, sino también a la identidad de género, sexual, generacional y étnica.
- Ampliar la oferta del examen de VIH en atención primaria, a todas las mujeres que se controlan en regulación de fecundidad, y examen ginecológico. A los mayores ofrecerlo en el examen médico preventivo del adulto y del adulto mayor (EMPA y EPAM), y en hombres jóvenes en consulta de morbilidad, servicio de urgencia y policlínico de especialidades.
- Ampliar y fortalecer los servicios de atención de salud, y en particular salud sexual a migrantes y pueblos originarios.

- Restablecer la obligatoriedad del control de salud sexual, con fiscalización a cargo de la autoridad sanitaria.
- Que el Ministerio de salud, rebaje la edad de acceso al examen, sin consentimiento de los padres, de 18 años a 16 años.
- Se recomienda mejorar la referencia y contrareferencia entre CRIPAC y la red asistencial, no sólo para los pesquisados con VIH, sino también para la prevención secundaria de los casos de ITS y el uso consistente del preservativo en este grupo.
- Realizar auditoria de muerte por SIDA, y diagnóstico en hospitalización, para identificar las oportunidades perdidas, y fallas del sistema para acoger y pesquisar precozmente a las personas.

Por último, señalar que la Secretaria Regional Ministerial de Salud, a través de su Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria, ha focalizado junto con mejorar los sistemas de vigilancia, prevención del VIH y promoción de la salud sexual. El promover la investigación operacional.

En este periodo de evaluación se realizaron, estudios cualitativos del perfil de mujeres diagnosticadas con VIH, el Perfil Epidemiológico Aymara, la evaluación cuali y cuanti del impacto de la campaña comunicacional regional de VIH, y el análisis de la vigilancia basado en encuestas de CRIPAC.

Con el apoyo y Dirección del equipo conjunto de Naciones Unidas, elaboramos la Política Regional de VIH-SIDA 2011-2016, que permitió ser considerados como uno de los Objetivos Estratégicos de la Estrategia de Desarrollo Regional, periodo 2015-2025.

En la actualidad se trabaja en apoyar al sector educación, para que postule a financiamiento regional, un programa de educación en sexualidad con énfasis en la prevención del VIH, para todos los establecimientos educacionales de la región.

La evaluación del programa CRIPAC, nos permite mejorar el conocimiento sobre el diseño de programas sociales, su monitoreo y evaluación. Estos resultados,

contribuyen a la generación de evidencia, para la focalización del trabajo en nuestra región, y dan sustento a la permanencia y ampliación del Programa CRIPAC.

Por último, se proponen como futuras investigaciones:

- Evaluar el impacto socioeconómico del VIH y SIDA en la región.
- Realizar estudio sobre las barreras socioculturales para el uso del preservativo.
- Caracterización de casos pesquisados en servicios de hospitalización.
- Sistematizar el modelo de intervención de CRIPAC.
- Realizar estudio sobre conducta sexual, y prevalencia de VIH, en HSH y trabajadores sexuales de Arica y Tacna.

IX BIBLIOGRAFIA

- (1) ONUSIDA. Declaración Política de VIH y SIDA, 2011. Disponible en formato electrónico.
http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf, visitado en abril del 2014.
- (2) ONUSIDA, América Latina, visitado en <http://www.onusida-latina.org/es/informacion-onusida-es.html>
- (3) ONUSIDA. Mensaje Día Mundial del SIDA. Ginebra, 2014. Disponible en formato electrónico
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141201_UNAIDS_WAD_es.pdf. Visitado en abril del 2014.
- (4) ONUSIDA. Declaración del Milenio, sept.2000. pág. 5 disponible en formato electrónico. <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>. Visitado en mayo 2014.
- (5) ONUSIDA. Declaración de Compromiso de Lucha Contra el VIH/SIDA, 2001. Disponible en formato electrónico
http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf. Visitado en mayo del 2014.
- (6) ONUSIDA, Declaración Política sobre VIH/SIDA, 2006. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_es_0.pdf. Visitado en mayo del 2014.
- (7) ONUSIDA, Declaración política sobre el VIH y el SIDA: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, 2011. Disponible http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf. Visitado en mayo del 2014.
- (8) ONUSIDA. Marco para la Vigilancia y evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo, 2008. Disponible en

- http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1519_framework_for_me_es.pdf.
Visitado en mayo 2014.
- (9) UNIADS Global Report, (2013), pagina 24. Disponible en www.unaids.org/en/resources/documents/2013. Visitado en mayo 2015
- (10) Cabassi J. The NGO HIV/AIDS Code of Practice Project, 2004. Disponible en <http://www.unhcr.org/405ac7542.pd>. Visitado en mayo 2014.
- (11) Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW. Biomédicas intervenciones de control de infecciones de transmisión sexual basadas en la población para reducir la infección por VIH. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2011, Número 3. Art. No: CD001220. DOI: 10.1002 / 14651858.CD001220.pub3. Visitado en junio 2014.
- (12) Cáceres C. La Prevención del VIH en América Latina y El Caribe. Banco Interamericano del Desarrollo. Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible, 2003 Disponible <http://www.portalsida.org/repos/getdocument.pdf>. Visitado en junio 2014
- (13) Auerbach, J. Evaluación de la efectividad del preservativo. American Foundation for Aids Research. 2005. www.amfar.org. Disponible en http://www.amfar.org/uploadedFiles/About_amfAR/efectividad%20de%20los%20preservativos.pdf. Visitado en junio 2014
- (14) Scott-Sheldon, et al. Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010. Journal of Immune Deficiency, 2011. Syndromes. Disponible en http://www.medscape.com/viewarticle/754485_4.. Visitado en junio 2014
- (15) UNIADS Global Report, 2013. pág. 53. Disponible en formato electrónico www.unaids.org/en/resources/documents/2013. Visitado en junio 2014,
- (16) UNIADS. Documento técnico Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030, 2014. Disponible en formato electrónico http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf. Visitado en junio 2015.
- (17) Ministerio de Hacienda. Evaluación Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las Enfermedades de Trasmisión sexual, 2000. Páginas 1 a 8,

Disponible en formato electrónico http://www.dipres.gob.cl/595/articles-14900_doc_pdf.pdf. Visitado en junio 2015

- (18) Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto. Informe de Evaluación Programa de VIH/SIDA, MINSAL. (2010).
- (19) Revista Chilena de Infectología, Memoria anual de CONASIDA. Citado en Rev chil. infectol. v.21 n.2 Santiago jun. 2004. disponible en formato electrónico. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182004000200004. Visitado junio 2014.
- (20) MINSAL, Departamento de Epidemiología. Informe Nacional de "Evaluación VIH/SIDA, Chile 1984-2012", actualizado año 2013.
- (21) Seremi de Salud XV. Departamento de Salud Pública. "Informe Regional Situación Epidemiológica del virus de Inmunodeficiencia Humana 1990-2012", actualizado año 2013.
- (22) Seremi de Salud XV. Programa "Centro Regional de Información, Prevención y Apoyo a la Consejería en Grupos socialmente excluidos, de la región de Arica Y Parinacota", 2010.
- (23) Ana C.D. Catterton, G. P. Citado pag.9 en "Evaluación: Una Herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los Proyectos. Banco Interamericano del Desarrollo", Oficina de Evaluación, 1997. Disponible en formato electrónico http://www.cedet.edu.ar/Archivos/Bibliotecas_Archivos/72BID-OVE%20-%20Marco%20L%C3%B3gico.pdf
- (24) Feinstein, O.: Evaluación pragmática de políticas públicas. ICE n.º 836. MITYC, 2007.
- (25) Ministerio de Planificación y Cooperación – División Social – Departamento de Evaluación. Serie: Material de Apoyo a la Planificación Social. Documento de Trabajo N° 4, 2004. Disponible en formato electrónico http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/mideplan_04_doc4_metodologia_evaluac_ex_ante.pdf. Revisado mayo 2015.
- (26) Cohen, E. y Martínez, R. Formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales, ILPES, CEPAL, Manual sin revisión editorial. 2005,

- (27) CEPAL. Serie de Publicaciones N°68, Formulación de Programas con Metodología de Marco Lógico, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Santiago de Chile, abril del 2011.
- (28) OMS. El Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323, noviembre 2013.
- (29) OPS. Planificación local Participativa, Metodologías para la Promoción de la salud en América Latina y el Caribe, Serie Paltex para ejecutores de programas sociales, 1999.
- (30) Fernández, L. Fichas para investigadores: ¿Cómo analizar datos cualitativos? Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona, 2006.
- (31) Nebet M, Lopez M. Editores, Evaluación en Salud Pública. Barcelona: Gaceta Sanitaria; 2011; 25:1-6.
- (32) Seremi de Salud XV. Informe: Perfil de Consultantes Centro Comunitario CRIPAC, 2013.
- (33) De los Ríos R. La promoción de la investigación en salud pública: búsqueda del equilibrio entre pertinencia y excelencia. Rev Panam Salud Publica 1999; 5(4/5). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Visitado junio 2015.
- (34) Movilh. XII Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual en Chile. Hechos, 2014. [www.movilh.cl/.../XII-Informe-DDHH-de-la-diversidad-sexual-Movilh...pagina 18-20](http://www.movilh.cl/.../XII-Informe-DDHH-de-la-diversidad-sexual-Movilh...pagina%2018-20). Visitado junio 2015.
- (35) Ferrer L. Cianell, R. y Bernalles M, .VIH/SIDA en Chile. Desafíos su Prevención. Dirección de Asuntos públicos, PUC de Chile, Año 4 / N° 24 / enero 2009.
- (36) Zakus J, Lysack C. Revisiting community Participation. Health Policy Plan, 1998.
- (37) OPS. Informe de Evaluación Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2005-2009, Región de Arica y Parinacota, 2010.
- (38) Baral, S., Sifakis, F., Cleghorn, F., & Beyrer, C. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000–2006: A Systematic Review. PLoS Medicine, 4(12), e339. doi:10.1371/journal.pmed.0040339. 2007.

X.- ANEXOS

Anexo N°1 Documento de preparación para la entrevista:

1.- Preparación

- Confirmar fecha y hora de entrevista
- Revisión de grabadura y batería
- Marca grabación

Información del entrevistado (a)
Nombre
Edad
Sexo
Nivel educacional
Dirección (opcional)

Características de la entrevista
Fecha
Lugar
Duración
Sucesos anecdóticos
Comentarios

Anexo N°2 Protocolo de entrevista

1. Inicio de entrevista

Buenos días, muchas gracias por su tiempo y cooperación. Esta investigación corresponde a una evaluación del Programa “Centro Regional de Información, apoyo a la Consejería y Diagnóstico del VIH, en grupos socialmente excluidos en la Región de Arica y Parinacota”, conocido también como Centro CRIPAC. A través de la presente entrevista queremos conocer la percepción que tienen los actores locales respecto de la calidad, eficacia, complementariedad y sostenibilidad de la iniciativa CRIPAC.

Su participación y colaboración son muy importantes, pues sin su cooperación este estudio no podría realizarse.

La entrevista tiene una duración aproximada de 45 minutos. Todas las opiniones expresadas durante la entrevista serán mantenidas bajo estricta confidencialidad. Para facilitar el análisis posterior de la información, y si usted no tiene inconvenientes, solicito a usted me permita grabar la entrevista.

2. Tópicos a tratar

a.- Visiones sobre accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información del Programa Centro CRIPAC, inclusión de la diversidad.

b.- Opinión respecto del atributo de calidad de los bienes o servicios, en términos de oportunidad, de satisfacción del usuario.

c.- Opinión respecto de la eficacia de la intervención, a través de la valoración de las intervenciones, el logro de resultados y contribución a metas de impacto.

d.- Complementariedad de la intervención con redes de trabajo sectorial e intersectorial.

e.- Sustentabilidad, de la iniciativa de mantenerse en el tiempo, basado en su concordancia con lineamientos de políticas públicas, objetivos institucionales, metas sanitarias, y la capacidad instalada.

Pauta de Entrevista

N°	Preguntas	Busca explorar
1	¿Qué cargo tiene usted y en qué consiste el trabajo que usted desarrolla?	Generar confianza en el entrevistado
2	¿Cómo se relaciona usted con el Programa CRIPAC?	Ubicar al entrevistado en su relación con la temática del VIH, y su relación con el programa.
3	Qué tipo de intervenciones conoce usted realiza el Programa CRIPAC, y en que grupos se focalizaba su intervención	Nivel del conocimiento que tiene el entrevistado del Centro para la valoración de su opinión
4	Me podría decir usted con absoluta confianza su opinión respecto a la accesibilidad que tiene las personas al centro Cripac? (ámbitos	Percepción y visiones respecto a la accesibilidad física.

	asociados a la ubicación geográfica, horarios de atención, accesibilidad económica, acceso de la diversidad sexual).	<p>Ubicación e identificación del Centro CRIPAC.</p> <p>Accesibilidad en términos del horario y días de funcionamiento.</p> <p>Accesibilidad del punto de vista económico</p> <p>Accesibilidad de las personas de la diversidad sexual</p>
5	Qué opinión tiene usted de la calidad y oportunidad de las prestaciones que realiza el Centro CRIPAC , con relación al personal, cantidad, perfil, competencias técnicas, satisfacción usuaria, entre otros	<p>El personal es suficiente</p> <p>Las competencias técnicas y perfil de quienes trabajan son las adecuadas.</p> <p>La consejería se realiza bajo los estándares definidos por el MINSAL.</p> <p>Los usuarios internos y externos, están satisfechos con el programa.</p> <p>Percepción de cumplimiento de las expectativas</p>
6	a) Cómo valoraría el Programa CRIPAC en el contexto del abordaje de la Epidemia del VIH en la región	Valoración del impacto de las campañas

	<p>b) Qué resultados tuvo esta estrategia, que no hubiera ocurrido en ausencia del programa</p>	<p>comunicacionales regionales.</p> <p>Percepción de acceso a la atención en los grupos objetivos del programa.</p> <p>Valoración frente al control de la epidemia.</p> <p>Fortalezas y debilidades del Programa.</p> <p>Identificar éxitos y fracasos del programa</p>
7	<p>Cuál es su visión de la iniciativa como complemento del programa de salud sexual que se ejecuta a través de la red asistencial, o de iniciativas preventivas o de pesquisa de ONG.</p>	<p>Valoración del trabajo en red para el control de la epidemia.</p> <p>Identificación redes de trabajo que CRIPAC utiliza</p> <p>Identificación de facilitadores y obstaculizadores del trabajo en Red.</p> <p>Percepción de duplicidad del trabajo preventivo.</p> <p>Perspectivas de mejora en torno al trabajo en Red</p>
8	<p>Cuál es su percepción de la sustentabilidad o</p>	<p>Concordancia con objetivos o metas</p>

	<p>permanencia del programa CRIPAC.</p>	<p>sanitarias</p> <p>Percepción de la coherencia con lineamientos de ONUSIDA</p> <p>Identificación como prioridades sanitaria en el ámbito regional.</p> <p>Percepción del apoyo político para la mantención de la iniciativa</p>
--	---	---

3.- Término de entrevista:

Muchas gracias por su colaboración. Una vez analizada la información aportada gentilmente por usted, se realizará un informe final de esta investigación con los aspectos más relevantes encontrados durante este estudio. Reitero la estricta confidencialidad en el manejo de la información. La entrevista ha finalizado. Su tiempo ha sido muy valioso para mí. Muy buenos días.

Anexo N° 3: Consentimiento informado de Entrevista

Este documento tiene el objetivo de invitarlo a participar en la investigación “Evaluación Programa de Prevención y Control de VIH y SIDA, en la Región de Arica y Parinacota” de la Secretaria Regional Ministerial de Salud.

Esta investigación se está realizando por una tesista del magister en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Srta. Ivonne Sanhueza Salinas. Con la autorización de la Secretaria Regional Ministerial de salud.

La epidemia del VIH en la región reviste gran importancia por su magnitud y evolución, por esto evaluar esta iniciativa cuyo objetivo principal es contribuir a su control, nos permitirá conocer los resultados alcanzados y los aspectos de la intervención que deben ser mejorados.

La Metodología de evaluación utilizada en el estudio es mixta, un componente cuantitativo basado en indicadores de resultado, y un componente cualitativo, que usa la técnica de entrevista en profundidad, las que serán aplicadas a actores relevantes de la región que trabajen o se relacionan directamente con la temática del VIH.

En este contexto, usted ha sido seleccionado por ser un actor clave el rol técnico que ocupa u ocupó dentro de su institución u organización, que aportará su valiosa experiencia, reflexión y perspectiva sobre el tema de interés.

Para recopilar la información que requiere esta investigación, usted será entrevistado siempre que otorgue su consentimiento a la Srta. Sanhueza. La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y será grabada en formato digital para facilitar la transcripción y análisis cualitativo de los datos.

A fin de resguardar la confidencialidad de la información que usted proporcione, será utilizada con resguardo ético, y sólo será conocida por el profesional que realiza la entrevista y el encargado de transcribir la información grabada. Luego los datos se analizarán junto con el aporte que hacen otros actores relevantes,

donde finalmente lo que interesa en la investigación, es conocer los discursos existentes, en torno al tema de interés, más que la identidad de quién lo ha aportado. Para efectos de la presentación final de la información no se utilizará ningún nombre asociado con información delicada y que usted haya expresado no desee sea conocida. En todo momento usted tiene la posibilidad de conocer cómo están siendo manejados los datos si lo solicita a la responsable del Estudio.

Asimismo, si durante la entrevista le parece que alguna de las preguntas que le formulan, es demasiado intrusiva, está en su derecho a no responder o pedir explicaciones sobre la utilidad dentro del diseño del Estudio. Finalmente, si no desea continuar con la conversación puede hacerlo, sin esperar por ello ninguna consecuencia desfavorable. Del mismo en cualquier momento puede solicitar más información sobre el Estudio y su curso al siguiente contacto.

Ivonne Sanhueza Salinas, investigadora principal correo electrónico
ivonne.sanhueza@gmail.com, fono 968438309.

Nombre, Institución y firma del entrevistado

Nombre de la investigadora, firma

Arica, De mayo del 2015