

Informe Final de Evaluación

Programa de Prevención y Control del
VIH/SIDA y las ETS

Coordinadora
Alejandra Faúndez

Panelistas
María Inés Romero
Fernando Muñoz

Santiago, 24 de agosto de 2000



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DEL VIH/SIDA Y
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL
(VIH/SIDA Y ETS)**

**COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA
MINISTERIO DE SALUD**

**PANELISTAS:
MARÍA ROMERO (COORDINADORA)
FERNANDO MUÑOZ
ALEJANDRA FAUNDEZ**

SEPTIEMBRE 2000

INFORME FINAL

NOMBRE PROGRAMA: Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS AÑO DE INICIO: 1990 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud SERVICIO RESPONSABLE: CONASIDA
--

I. Identificación general del Programa

1. Descripción del Programa

El Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS tiene su origen en 1990 con la creación de la Comisión Nacional del SIDA cuya misión actual es “promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biosicosocial del VIH/SIDA y las ETS, de acuerdo a criterios técnicos de referencia y a los principios de Gobierno de participación, descentralización, equidad e intersectorialidad. Todo esto, a través de la reflexión y el diálogo, el respeto a la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas”.

Desarrolla acciones en el campo de la prevención, atención integral, investigación y cooperación técnica y modernización de la gestión respecto de su ámbito específico de acción.

Según los antecedentes entregados, el Programa produjo su primer componente, de manera sistemática y organizada desde 1990 en que se institucionaliza CONASIDA y se generan un conjunto de acciones y políticas públicas para enfrentar adecuadamente la problemática.

En esos momentos, el propósito central del Programa fue el desarrollo de *políticas de Estado en el campo de la prevención*, ya sea en cuanto a propuestas, programas y/o modelos de intervención, dadas las características de la epidemia que generaban condiciones para abordar el problema desde esas perspectivas, y la *atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA* (PVVIH).

En los años siguientes, se han ido ampliando sus objetivos y se han generado nuevas respuestas para intervenir en la atención de personas viviendo con VIH+, tanto por la necesidad de dar cuenta de políticas públicas sensibles y comprometidas con la calidad de vida de estas personas –más aún en riesgo vital-, como por el aumento progresivo de la demanda de atención en el sistema público.

2. Justificación del Programa

2.1. Antecedentes de la enfermedad que da origen al Programa

El **SIDA** (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad infecciosa caracterizada por falla del sistema inmune causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). SIDA es el último estado de la enfermedad resultante de la infección por VIH. Se caracteriza por la aparición de infecciones y cánceres de difícil tratamiento dada la profunda disminución de la inmunidad. El VIH destruye las células de la inmunidad, y al destruir los mecanismos de los cuales el ser humano depende para protegerse, la persona queda susceptible a infecciones y a cánceres que en condiciones normales podría enfrentar sin problema. Clínicamente la infección por el VIH debe ser entendida como un continuo de condiciones asociadas a una disfunción inmune.

El virus VIH es transmitido a través de las relaciones sexuales, a través de sangre y fluidos corporales contaminados y de una madre infectada a su hijo (perinatal). Las actividades que ponen a un individuo en riesgo de infección por VIH incluyen contacto sexual (heterosexual, homosexual y bisexual), uso de drogas inyectables, recepción de sangre contaminada o de productos sanguíneos contaminados (receptores de transfusiones de sangre, hemofílicos receptores de derivados sanguíneos) y contacto sexual con cualquier individuo en alguna condición de las señaladas. Niños nacidos de madres infectadas con VIH se infectan a través de la transmisión del virus durante el embarazo y el parto aunque también se ha sugerido la infección a través de la lactancia (transmisión vertical). No hay evidencia que el VIH se transmita por contacto casual (abrazo, dar la mano) o por alimentos, agua o mosquitos.

Dada su complejidad, fue necesario desarrollar una definición de caso de SIDA por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en 1983 la que fue ampliada en dos oportunidades (1987 y 1993). Ella incluye, desde 1993, a las personas con las enfermedades y complicaciones de la inmunodeficiencia (26 condiciones), y también a todo infectado con el VIH que tenga 200 o menos células CD4 por mililitro de sangre (alrededor de la quinta parte del nivel normal).

Hasta 1996 contraer SIDA era considerado una sentencia de muerte y alrededor del 90% de los pacientes fallecía en el curso de tres años. A fines de 1996 se inició una nueva era al descubrirse que el uso combinado de ciertas drogas recientemente desarrolladas podía prolongar sustancialmente la vida de los pacientes. Simultáneamente, se aisló un gen que parecía proteger a algunas personas de la infección por VIH. Por primera vez en la historia del SIDA se vislumbró una esperanza y desde entonces los pacientes sometidos a tratamientos multisociados han mejorado su pronóstico, tanto en términos de la sobrevivencia, como de la calidad de vida del tiempo ganado.

El SIDA es la etapa final de la afección producida por el VIH. Las personas con VIH/SIDA lo estarán para toda la vida. La mayoría no presentará ningún síntoma ni indicio de infección durante varios años, por lo que ignorarán que son portadores de ésta, pudiendo transmitírselo a un número variado de personas.

Aún cuando existen evidencias de que el virus es de baja contagiosidad, la variedad y permanencia de las formas de contagio, permite afirmar que la magnitud de la epidemia crecerá y un número considerable de personas estará expuesta a contraer la infección, de no implantarse medidas preventivas eficaces.

Las personas expuestas a la infección por el VIH/SIDA quizás tengan que abandonar hábitos muy arraigados y difíciles de modificar. Segmentos completos de la población habrán de aprender a distinguir lo que transmite y lo que no transmite la infección por el VIH/SIDA y modificar sus conductas. Este proceso de aprendizaje y modificación de hábitos inveterados requerirá tiempo.

El VIH/SIDA puede ser el primer virus identificado de una serie de los llamados retrovirus, capaces de infectar al hombre y causar daño irreversible al sistema inmunológico (inmunosupresión). El reciente descubrimiento de otros retrovirus humanos inmunosupresores y patógenos puede anunciar el comienzo de un problema aún mayor que la presente pandemia causada por el VIH/SIDA.

El primer caso de SIDA en Chile se notificó en 1984 y hasta diciembre de 1990 se habían diagnosticado 254 casos de SIDA en el país, con una tasa acumulada entre 1984 y 1990 de 20.7 por millón de habitantes. En este contexto, los desafíos que planteaba el VIH/SIDA a la sociedad chilena adquiriría fundamentos socioculturales, biomédicos y económicos que no habían sido enfrentados en su integridad por las acciones del Ministerio de Salud con anterioridad, sino sólo

con el acercamiento tradicional de los problemas de salud: contemplando acciones de vigilancia epidemiológica, acciones referidas al sector público de la salud y a establecimientos y entidades obligados a cumplir las normas y planes que dicte el Ministerio de Salud, lo que aparece refrendado por los Decretos 466 del 12 de junio de 1987, del 294 del 10 de septiembre de 1984 y el 11 de enero de 1985.

Aunque en Chile, la enfermedad ha afectado especialmente a hombres homosexuales y bisexuales, se trata posiblemente de la primera etapa de la epidemia. Se puede pensar que en el futuro próximo el virus se manifestará de manera creciente en la población heterosexual, en mujeres, en niños y en jóvenes. Por lo tanto, resulta indispensable dirigir las tareas de prevención, con relación a las prácticas de riesgo, a la totalidad de la población y no sólo a determinados grupos.

La discriminación que la sociedad ejerce sobre los portadores de VIH/SIDA y los enfermos de SIDA es manifiesta, lo que conlleva un efecto aún más grave que la infección misma. Por lo tanto, la defensa de los derechos humanos de los infectados, constituye un desafío crucial.

En 1990, el país debía enfrentar la emergencia de un nuevo problema de salud con una nueva perspectiva sumándose así al llamado efectuado por la Organización Mundial de la Salud para formular programas nacionales de prevención y control del SIDA.

El espíritu del programa de prevención y control del VIH/SIDA y las ETS, en cambio, comienza a perfilarse con la creación del Comité Intersectorial creado a través del decreto 385 del 8 de noviembre de 1989, y se completa con la creación de la Comisión Nacional del Síndrome De Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) que se creó en mayo de 1990¹ para: "Proponer al Ministerio de Salud las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de esta enfermedad".

En consecuencia, su acercamiento integral, intersectorial, con participación amplia de organizaciones sociales, científicas y comunitarias comienza con la creación de esta Comisión que pone en acción las políticas dictadas por la comisión permanente intersectorial creada anteriormente.

El Decreto 385, que crea el Comité intersectorial, tiene en cuenta el impacto provocado por el SIDA: su tendencia ascendente, la no-existencia de vacuna, y el impacto médico, social, económico, ético y legal de la enfermedad, todo lo cual implicó convocar a todos los sectores gubernamentales, ya que trasciende el ámbito del sector salud.

Durante 1990/1991 se realiza una evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica en forma participativa con epidemiólogos de todo el país, estableciéndose un sistema de recolección de datos diferente a las demás enfermedades de notificación obligatoria, considerando se trataba de un problema emergente sobre el cual se desconocía la mayoría de los aspectos.

Durante 1991 se realiza una encuesta poblacional con el propósito de aportar elementos para el diseño de la primera campaña de comunicación social, que se emitió ese mismo año. Se efectúa además un estudio de casos y controles, para aportar información psicosocial sobre las personas VIH positivas.

El elemento de intersectorialidad exigía una propuesta de integración y flexibilidad para coordinar y articular actividades intra MINSAL e inter Ministerios y Servicios Públicos. Asimismo, la

¹ El instrumento legal que dio vida al programa fue el Decreto Exento 06 del 4 de mayo de 1990.

condición de enfermedad terminal hizo necesario una entidad que diera cuenta de estrategias de respuestas diferentes a las de otras enfermedades y también de las de transmisión sexual.

Más tarde, en 1997, el Ministerio de Salud decide traspasar el programa de Enfermedades de Transmisión Sexual a la Comisión Nacional del SIDA donde se creó el "Área de ETS" lo que ha permitido incorporar enfoques innovadores para el enfrentamiento del problema de las ETS en el país².

También en 1997 el VIH/SIDA fue incluido entre las 16 prioridades del sector, como queda establecido en el documento "Diseño e implementación de las prioridades de salud"³.

3. Objetivos del programa a nivel de fin y propósito

El Fin es definido como "El programa contribuye a mejorar la calidad de vida de la población" y el propósito como "la sociedad desarrolla procesos que promueven y facilitan la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y las personas viviendo con el VIH y ETS acceden a una atención biopsicosocial."

4. Política Global y/o Sectorial a que pertenece el Programa

Las políticas globales vinculadas al programa están amparadas en la Constitución Política de la República de Chile en el artículo 19 que trata sobre el derecho a la vida, a la salud y a la no-discriminación:

1° El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La Ley protege la vida del que está por nacer.

2° La igualdad ante la Ley. En Chile no hay personas ni grupos privilegiados. Ni la Ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias.

3° La igual protección de la Ley en el ejercicio de sus derechos.

4° El respeto y protección a la vida privada y pública y a la honra de la persona y de su familia.

9° El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

También tiene vinculación con los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales sobre la materia como por ejemplo la OMS y ONUSIDA.

Por otra parte, el Programa enmarca su quehacer en los principios políticos de Gobierno de:

Participación: está presente en la conformación de equipos asesores que representan diferentes estructuras del sector y también otros sectores del Estado, instituciones, organizaciones, sociedades científicas. Creación conjunta de proyectos como la Primera Conferencia Chilena sobre el VIH/SIDA, coorganizada con VivoPositivo y Grupo Temático ONUSIDA. Formulación, diseño y ejecución participativa de proyectos de apoyo psicosocial para la adherencia a tratamiento de VIH/SIDA.

Intersectorialidad: por la naturaleza propia del tema SIDA, esta estrategia cobra vital importancia y para lo cual se estimula el trabajo y las iniciativas con otras instituciones del estado como el INJ, SERNAM, División de Organizaciones Sociales del Ministerio del Interior,

² Decreto Exento N°348, del 22 de julio de 1996, modifica el anterior, incorporando el Programa de ETS a CONASIDA.

³ El establecimiento de las prioridades en salud es una acción permanente y una respuesta a la necesidad de planificar y diseñar intervenciones sanitarias adecuadas a las necesidades y problemas de salud de la población. Las priorizaciones del país consideran la expresión heterogénea de los riesgos, daños y respuestas, enmarcadas en dimensiones éticas, políticas, económicas y culturales que permitan ajustar y hacer viables, en el escenario país, su aplicación a los objetivos que justificaron su realización.

Gendarmería, Carabineros, Investigaciones, CONACE, Municipalidades, Universidades, organizaciones comunitarias y sociales, Organismos no Gubernamentales, Sociedades Científicas, etc.

Descentralización: los compromisos de gestión con los Servicios de Salud, los recursos compartidos, capacitación en herramientas técnicas, las iniciativas locales en la formulación y ejecución de proyectos locales, la asignación de fondos con proyectos concursables, son medios que apuntan a crear capacidad de gestión local y responder más directamente al contacto y necesidades locales.

Equidad: Este principio se expresa en el trabajo dirigido a los sectores más vulnerables. También la asignación de recursos para los programas de terapias farmacológicas y de prevención, se realiza conforme a criterios distributivos tales como: vulnerabilidad, impacto de la epidemia, estado de avance de la enfermedad.

Además, el programa se ampara en los principios éticos de: la decisión en conciencia libre e informada; la privacidad y la confidencialidad; respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas; defensa de la solidaridad y rechazo a la discriminación.

5. Programas complementarios o sustitutos que pertenecen a la misma u otra política global o sectorial

El rol de CONASIDA dentro del sector público es exclusivo, su coordinación con otros sectores, instituciones y organizaciones permite el trabajo con redes de servicios. Además, se dispone de catastros de organizaciones no gubernamentales e instituciones que trabajan en el tema.

Dentro del sector, funcionan los comités de SIDA, en todos los Servicios de Salud, lo que se resume en catastros que están disponibles en CONASIDA y la red de consejería ligada al FONOSIDA.

6. Instituciones relacionadas con la ejecución del Programa

- Los SEREMI de otros sectores, a los que corresponde la coordinación de la ejecución de las acciones en el nivel regional.
- Los Servicios de Salud, a los que corresponde la ejecución de acciones en sus respectivos territorios y la información respecto a las mismas al nivel central.
- Otros ministerios y servicios públicos, con los que se desarrollan acciones conjuntas.
- Organizaciones sociales y organizaciones formales e informales de la población más vulnerable, con las que se formulan y ejecutan acciones programáticas.
- ONG dedicadas a la prestación de servicios en el área del VIH/SIDA, con las que se coordinan acciones.
- Empresa privada, dedicada a la prestación de servicios especializados en materia de VIH/SIDA.

7. Período de Ejecución del Programa

Desde 1990 en adelante por un período indefinido.

8. Ambito de acción territorial del Programa

Todo el territorio nacional a través de los servicios de salud descentralizados y acciones centralizadas de cobertura nacional.

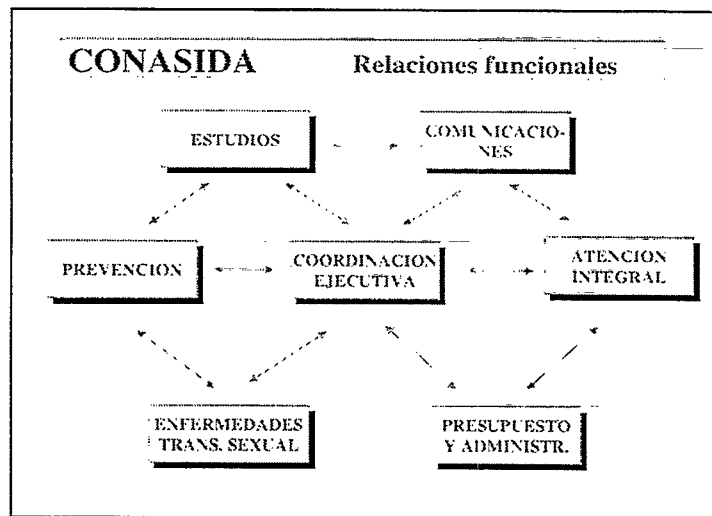
9. Estructura Organizacional

La Comisión Nacional del SIDA –CONASIDA- nace el 4 de mayo de 1990 por Decreto Exento Nº 6 (MS), como instancia permanente e intersectorial, encargada de proponer al Ministerio de Salud las medidas técnicas, jurídicas y administrativas necesarias para una mejor prevención, vigilancia, pesquisa y control de la enfermedad y, en general aquéllas necesarias para ejecutar las funciones que el decreto supremo Nº 466 de 1987 asigna al Ministerio de Salud.

Estos elementos demandaban la conformación de una estructura dependiente de una autoridad máxima, con capacidad de maniobra, ágil y flexible para sus necesidades de adaptación. Por ello se estimó conveniente crear una Comisión que, desde su funcionamiento inicial a base de reuniones periódicas tal como lo expone el decreto que le da nacimiento, se volcó plenamente a la construcción y desarrollo de un Programa basado en planes y proyectos que dieran inicio y continuidad a un proceso complejo.

Según el decreto de creación, su presidente es el Subsecretario de Salud e inicialmente estuvo y está conformada por médicos cirujanos y otros profesionales del área de la salud. Paulatinamente, con un horizonte más amplio que el biomédico, la comisión fue incorporando profesionales de otras áreas como la psicología, sociología, educación, comunicaciones, gestión y administración.

Un médico cirujano actúa en calidad de Coordinador Ejecutivo del Programa, quien responde al Subsecretario de Salud y tiene a su cargo la dirección del Plan de Acción anual de la Comisión, supervisa proyectos en sus aspectos operativos y de contenido, realiza la gestión de advocacy, las relaciones externas y supervisa directamente los proyectos y convenios con la cooperación técnica y/o financiera internacional.



CONASIDA tiene una estructura combinada, de carácter funcional y matricial. La primera permite un tratamiento diferenciado de los ámbitos del plan de acción, constituidas por áreas (por ejemplo, prevención, atención, estudios, etc.) y la segunda está conformada por equipos multidisciplinarios o multifuncionales surgidos desde dichas áreas. Estas son unidades de trabajo estables formadas por equipos de profesionales y técnicos especializados. Para trabajos multifuncionales las áreas proporcionan su especialidad a través de profesionales para formar equipos de trabajo.

Las áreas de trabajo y su ámbito de competencia son:

a. Area de Prevención. Destinada a diseñar, planificar, implementar, supervisar y evaluar estrategias y proyectos de intervención para la prevención del VIH/SIDA en las dimensiones individual, comunitaria y social.

b. Area de Atención Integral. Se encarga de proponer, promover y evaluar políticas para la atención integral de personas VIH/SIDA; coordinar el diseño, implementación y evaluación de protocolos de tratamientos ARV y de las infecciones oportunistas; apoyar el fortalecimiento de organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA.

c. Area de Estudios. Le corresponde facilitar y realizar estudios e investigaciones y difundir sus resultados para apoyar decisiones con base en evidencias en los ámbitos epidemiológicos, sociocultural, económico y clínico del VIH/SIDA.

d. Area de Enfermedades de Transmisión Sexual. Se encarga de promover y apoyar la implementación de políticas nacionales para responder a las ETS, realizar un diagnóstico de el estado de las enfermedades en el país, mantener un sistema de vigilancia epidemiológica y llevar a cabo el plan nacional sobre la erradicación de la sífilis congénita.

e. Area de Comunicaciones. Se dedica a producir y difundir publicaciones e información periódica y permanente sobre el VIH/SIDA y CONASIDA, desarrollar actividades de actualización para comunicadores del SNSS, medios de comunicación social, autoridades públicas y público en general y mantener canales de comunicación con periodistas y medios de comunicación para responder demandas de información sobre temas SIDA y labor de la Comisión.

f. Area de Presupuesto y Administración. Se encarga de gestionar el presupuesto de la Comisión y de los aportes de la cooperación internacional cuando corresponde, y realizar las actividades administrativas de carácter logístico, en tanto apoyan la consecución de los objetivos de las áreas y de CONASIDA.

La coordinación y articulación de actividades dentro de la Comisión se realiza a través de dos instancias de reuniones periódicas: el Comité Ejecutivo (encargados de cada área) y del equipo completo de los profesionales. En estas instancias se realiza una evaluación periódica del avance y se conocen los informes presupuestarios y se adoptan las decisiones de ajustes.

Su relación con el SNSS, especialmente con los hospitales, se logra teniendo como referente a los equipos de salud dedicados al tratamiento del VIH/SIDA y ETS en los hospitales. El permanente contacto desde distintos ámbitos, es para formulación y ejecución de proyectos de tratamiento médico, de prevención y estudios. Asimismo, se ha creado una red de comunicadores sociales, formada por los encargados de comunicaciones de los Servicios de Salud (periodistas y relacionadores públicos), con los cuales se mantiene contacto para el manejo de las comunicaciones e información sobre las noticias internacionales, nacionales o locales.

La dependencia de la Comisión a la estructura y procedimientos ministeriales, hace que su funcionamiento sea regulado por éstos en todos los aspectos de trámites para la comunicación con el interior y el exterior del Ministerio, como también para lo concerniente a lo logístico y manejo presupuestario.

10. Descripción y cuantificación de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

Componente Prevención del VIH/SIDA:

Este componente surge desde 1991 y consiste en propuestas de diseños, políticas y desarrollo de estrategias de prevención. Los niveles de intervención son: el nivel social, a través de campañas de comunicación social y la información periodística; el nivel grupal, con propuestas de educación y capacitación focalizada hacia grupos sociales específicos; y el nivel individual a través de la consejería cara a cara y mediante en FONOSIDA (servicio telefónico gratuito y confidencial).

Respecto de las campañas masivas de comunicación social que llegan al conjunto de la población del país se han realizado 4 desde los inicios del programa. La otra estrategia de trabajo grupal focalizada en PVVIH, durante 1999 atendió a 4 grupos y, 297 grupos que hacen prevención y los servicios de salud en el mismo año. Otra línea es la consejería individual cara a cara y el servicio telefónico FONOSIDA que registra sobre 54.000 llamadas anuales.

Componente Atención integral de personas VIH+:

Este componente se encarga de proponer, promover y evaluar políticas para la atención integral de personas VIH/SIDA; coordinar el diseño, implementación y evaluación de protocolos de tratamientos ARV y de las infecciones oportunistas; y apoyar el fortalecimiento de organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA.

Este componente permite a los enfermos beneficiarios del sistema público de salud acceder (de acuerdo a protocolos establecidos) a control activo⁴ y atención integral⁵ 3925 personas, de las cuales, 2.301 están en control activo, 1.624 reciben tratamiento antiretroviral incluyendo adultos, niños y embarazadas. En el caso de mujeres embarazadas y niños VIH+ tienen acceso a atención el 100% de los/as beneficiarios/as tanto del sistema público como privado.

Componente estudios:

A este componente le corresponde facilitar, realizar estudios e investigaciones y difundir sus resultados para apoyar decisiones sobre la base de evidencias en los ámbitos epidemiológicos, sociocultural, económico y clínico del VIH/SIDA.

Respecto de este componente, los estudios aparecen desagregados en dos tipos diferentes: por una parte, estudios que aportan información epidemiológica para la toma de decisiones (básicamente prevalencia y características de la evolución de la enfermedad); por otra parte, estudios denominados 'comportamentales' que aportan información acerca de aspectos cualitativos y cuantitativos de conductas sexuales de riesgo para el mejoramiento y adecuación del diseño de políticas.

Ha producido 9 de ellos en el período de evaluación del programa.

⁴ Se refiere a las personas que viven con VIH y que asisten a control para chequear su estado de salud en los servicios de salud pública.

⁵ La atención integral consiste en chequeos médicos sistemáticos, tratamientos para enfermedades oportunistas cuando se requiere, atención psicosocial para contener psicológicamente a los pacientes y brindar orientaciones específicas para el autocuidado; y tratamiento antiretroviral cuando es indicado y corresponde según protocolo.

Componente estrategias de enfrentamiento de las ETS:

Se encarga de promover y apoyar la implementación de políticas nacionales para responder a las ETS, mantener un sistema de vigilancia epidemiológica y llevar a cabo el plan nacional para eliminar la sífilis congénita.

Ha beneficiado a la totalidad de los servicios de salud con los avances en el acuerdo y difusión de normas técnicas de tratamiento, con los nuevos procedimientos de registro y la vigilancia epidemiológica.

El componente estrategias de Cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional:

En el desarrollo de este Programa la vinculación a instancias de cooperación, tanto a nivel nacional como internacional, permite la adecuación a nuevas formas de intervención y acceso a nuevas tecnologías de tratamiento y seguimiento.

El tipo de proyectos y actividades para producir el componente han permitido posicionar el tema del VIH/SIDA en la sociedad chilena, principalmente a partir de 1990, generando un conjunto de eventos (nacionales e internacionales) para el intercambio, reflexión y puesta al día en torno a las distintas dimensiones del VIH/SIDA y el desarrollo de experiencias conjuntas en la región de las Américas. Se han firmado 3 convenios en el período (Francia, ONUSIDA y GZT de Alemania).

Componente Modernización de la gestión:

Este componente define su campo de acción a través del fortalecimiento continuo de una gestión modernizadora y la ejecución de compromisos de gestión de los servicios de salud.

Ha favorecido a 26 servicios de salud pública del país a través de los compromisos de gestión, así como al equipo de CONASIDA y a las organizaciones que presentan proyectos para apoyo técnico y financiero que en el período 1996-1999 fueron 782 organizaciones. Estas últimas se fortalecen en su gestión producto del traspaso de metodologías de diseño, formulación y evaluación de proyectos sociales preventivos.

11. Función de Producción de los Componentes

Desde 1990 la Comisión Nacional del SIDA ha sido responsable de la elaboración, coordinación e implementación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA en nuestro país y a partir de 1997 también se integran las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Los agentes involucrados en la producción de los distintos componentes son los siguientes:

Componentes	Agentes y acciones
Estrategias de Prevención	CONASIDA gestiona y coordina globalmente el componente. Además diseña y propone campañas comunicacionales. Servicios de Salud pública gestionan a nivel de sus comunidades los proyectos que presentan organizaciones sociales de distinto tipo y grupos de riesgo específicos y, además, difunden información del VIH/SIDA a través de sus medios de comunicación propios. Diversas instituciones trabajan a través de proyectos de acción preventiva directa con comunidades.
Atención de personas viviendo con VIH/SIDA	CONASIDA dicta normas técnicas, define protocolos y realiza vigilancia epidemiológica. Servicios de salud atienden directamente a los pacientes, a través de los equipos de salud capacitados, ya sea por control activo o por necesidad de tratamiento (para enfermedades oportunistas o tratamiento antiretroviral) indicado para el/la paciente. Se atiende también a grupos organizados de personas viviendo con VIH/SIDA a través de asesoría técnica y/o apoyo financiero.
Estudios realizados	CONASIDA es responsable de la ejecución de los estudios y los externaliza a diversas instituciones o personas expertas en las distintas áreas temáticas
Estrategias de ETS	CONASIDA es responsable de la formulación y difusión de normas técnicas, y realiza vigilancia epidemiológica. Servicios de Salud realizan atención de personas contagiadas de ETS.
Cooperación técnica	CONASIDA es responsable de la ejecución de convenios de cooperación técnica y financiera del Programa.
Modernización de la gestión	CONASIDA es responsable de la Planificación Estratégica del Programa, de su seguimiento, de los cambios a introducir año a año y de su evaluación. Servicios de Salud suscriben compromisos de gestión con CONASIDA para desarrollar adecuadamente el Programa en las distintas regiones del país.

12. Caracterización y número de beneficiarios potenciales.

En el programa se encuentran 5 tipos de beneficiarios potenciales:

1. En primer lugar está toda la **población chilena** principalmente la población adolescente, cuando es necesario promover el auto cuidado previo al inicio de la vida sexual, personas de ambos sexos, de todos los niveles socioeconómicos y características culturales.

2. **Grupos de riesgo**, entre los cuales destacan: **Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**: mayores de 18 años, nivel socioeconómico medio y bajo y que participan en ONGs que trabajan en prevención del VIH/SIDA y en los proyectos de prevención que ejecutan los Servicios de Salud de todo el país; **Trabajadoras/es sexuales (TS)**: personas que ejercen el comercio sexual, mayores de 18 años. Son principalmente de nivel socioeconómico bajo y ejercen el trabajo sexual en la vía pública, locales nocturnos, saunas y cafés; **Jóvenes**, entre 13 y 29 años,

de ambos sexos, de nivel socioeconómico medio y bajo, residentes en comunas de las regiones II, V, Metropolitana y VIII, que presentan las tasas más altas de VIH/SIDA; **Personas privadas de libertad**: grupo objetivo constituido por hombres, principalmente jóvenes y adultos jóvenes y de nivel socioeconómico bajo. Es un grupo poblacional que dado las condiciones y el contexto de vida, propio de la cultura carcelaria, está en situación de riesgo frente al VIH.

3. Otro grupo son los **agentes de salud** que trabajan VIH/SIDA en el sector público, los comunicadores sociales y medios de comunicación que reciben capacitación continua en torno a la infección y los aspectos relacionados con ella.

4. **Personas afectadas por el VIH/SIDA** cuyas características sociodemográficas son: ambos sexos, mayoritariamente hombres, de grupo etario entre 20 y 49 años, nivel socioeconómico C2-C3, y de todo el país. En el caso de los/as adultos/as son beneficiarios del Sistema Público de Salud (FONASA e indigentes) y de las mujeres embarazadas VIH+ y sus hijos, son beneficiarios directos del protocolo ACTG 076⁶ para prevenir la transmisión vertical del VIH. Son mujeres en edad fértil, que controlan su embarazo tanto en el sector público como privado, independientemente de su situación previsional y a través de todo el país. Los niños VIH+ beneficiarios del sistema público acceden a terapia antiretroviral y para patologías oportunistas.

5. Otro grupo son **instituciones** de distinto tipo que se benefician con la disponibilidad de información, estudios y datos actualizados acerca de la epidemia en Chile. Entre ellos están los equipos de salud, tomadores de decisiones, sociedades científicas, académicos, organizaciones e instituciones que trabajan en alguna área relacionada con el tema o con el tema de sexualidad.

13. Caracterización y número de beneficiarios programados

Los beneficiarios programados se presentan en el cuadro a continuación:

Cuadro 1
Número y tipo de beneficiarios/as programados durante 1999, según componentes

Componentes	Tipo de beneficiarios	Nº de beneficiarios
Estrategias de prevención	Personas	10.500.000 (a)
	Grupos	S/I
Atención a personas viviendo con VIH/SIDA	Personas	3925 (b)
	Grupos	4
Estudios realizados		9 (c)
Estrategias de enfrentamiento de las ETS en el país		28 (d)
Estrategias de Cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional		11 (e)
Gestión modernizada del programa		28 (f)

(a) Para el caso de las campañas masivas se considera toda la población chilena, especialmente los mayores de 15 años. En el caso de otras acciones de prevención, no está especificado el dato de las personas programadas.

⁶ **Protocolo ACTG 076:** Esquema terapéutico que se administra a la mujer embarazada seropositiva al VIH y a su hijo para la prevención de la transmisión vertical. Consiste en tratamiento con AZT oral a la madre a partir de la semana 14 de embarazo. AZT inyectable durante el parto y AZT en jarabe al recién nacido y durante las primeras 6 semanas de vida.

(b) Se considera el total de personas que demandan algún tipo de atención. El dato incluye el total de adultos, niños y embarazadas VIH+ (en control activo y aquellas con tratamiento antiretroviral). Sólo se programan los beneficiarios en el caso de fármacos, los demás se atienden según demanda.

(c) Se trata de N° de estudios realizados no de beneficiarios/as que hacen uso de ellos.

(d) Considera el número de servicios de salud que se programaron como beneficiarios de las normas técnicas y la información epidemiológica.

(e) Se trata de personas que se programaron como beneficiarios/as directos/as del Convenio de cooperación técnica con Francia.

(f) Considera los equipos de los servicios de salud más el equipo de nivel central de CONASIDA como categoría grupos beneficiados.

14. Caracterización y número de beneficiarios efectivos.

Los distintos componentes y subcomponentes del Programa apuntan a grupos específicos de beneficiarios / as según sea el eje de cada uno de ellos y en algunos casos a la población chilena en general.

En este marco, en algunos casos resulta difícil contar con una información estadística precisa respecto del número de beneficiarios/as directos/as del Programa, básicamente por:

- el levantamiento de información, en el ámbito de atención de salud, desde los servicios locales, depende de factores flexibles en el horizonte de tiempo corto, como por ejemplo, la adherencia a los tratamientos por parte de las PVVIH, los eventuales fallecimientos de las personas atendidas, la disponibilidad de fármacos, etc.
- En algunos casos se produce una doble contabilización porque los beneficiarios/as son usuarios de dos tipos de servicios que ofrece el Programa. Por ejemplo, una persona viviendo con VIH puede estar recibiendo atención y fármacos en el sistema de salud local y su vez es participante de una agrupación de PVVIH y por ello recibe apoyo técnico y financiero del Programa. Por esta razón, algunos beneficiarios/as aparecerán contabilizados como unidad beneficiaria en cada uno de estos componentes.
- En otros casos, el Programa cuenta con información que no ha sido sistematizada desde los informes de registro o evaluación de los componentes (específicamente algunos subcomponentes de prevención y atención de PVVIH) para cuyo procesamiento se requerirían recursos adicionales costosos con los que el Programa no cuenta.

Con estas consideraciones los datos que presentamos tienen un carácter aproximado:

Cuadro 2
Número y tipo de beneficiarios/as durante 1999, según componentes

Componentes	Tipo de beneficiarios	N° de beneficiarios
1. Estrategias de prevención	Personas	105.282(a)
	Grupos	297(b)
2. Atención a personas viviendo con VIH/SIDA	Personas con tratamiento ARV	1624 (c)
	Personas en control activo	2301
	Grupos	4
3. Estudios		9(d)
4. Estrategias de enfrentamiento de las ETS en el país		28(e)
5. Estrategias de Cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional		11(f)
6. Gestión modernizada del programa		27(g)
Total	Personas	109.207
	Grupos	356
	Estudios	9

- (a) Esta información no incluye a los beneficiarios de campañas masivas sino a los beneficiarias/as de proyectos comunitarios, se agregan además consejeros y comunicadores capacitados, y llamadas a FONOSIDA. Todas éstas, constituyen otras actividades en el ámbito de la prevención que realiza el Programa.
- (b) Considera a grupos en que la información disponible no se encuentra desagregada por beneficiarios/as directos/as como es el caso de proyectos con grupos vulnerables, organizaciones comunitarias en convenio con servicios de salud y capacitación a equipos de salud del sistema público y equipos que trabajan con población de mayor vulnerabilidad.
- (c) Considera las personas que tienen tratamiento ARV indicado según protocolo y lo reciben por parte del sistema de salud. Incluye adultos, niños y embarazadas VIH+.
- (d) Se trata de N° de estudios realizados no de beneficiarios/as que hacen uso de ellos.
- (e) Considera el número de servicios de salud que son beneficiarios de las normas técnicas y la información epidemiológica.
- (f) Se trata de personas que han sido beneficiarios/as directos/as del Convenios de cooperación internacional con Francia.
- (g) Considera los equipos de 26 servicios de salud más el equipo de nivel central de CONASIDA como categoría grupos beneficiados efectivos a través de los compromisos de gestión.

15. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la Unidad Ejecutora

La evaluación no es un componente aparte, se ha tratado de incorporar a todos los proyectos y programas que se ejecutan. Algunas que se destacan por su magnitud y están disponibles son la evaluación de los centros centinela de infección por VIH, del FONOSIDA, del sistema de vigilancia epidemiológica universal de las ETS, de la vigilancia epidemiológica universal del VIH/SIDA, evaluaciones previas al diseño de las campañas de comunicación social, tanto cuantitativas como cualitativas, y después de las campañas evaluación del impacto logrado, que constituyen insumo de la siguiente. En el caso de estrategias de prevención a nivel grupal/comunitario, las evaluaciones han permitido modificar aspectos de gestión, en especial las modalidades de manejo financiero, monitoreo y acompañamiento.

Los resultados de estas evaluaciones han permitido redireccionar las estrategias de intervención y han generado ajustes en la gestión, lo que es evidente en la evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica, del FONOSIDA, campañas, modalidad de financiamiento: concurso de proyectos, traspaso de fondos a unidades ejecutoras, convenios, etc.

En el caso de intervenciones preventivas desarrolladas por organizaciones sociales e instituciones que realizan un trabajo coordinado por esta Comisión, cada proyecto incorpora la modalidad y aspectos de evaluación pertinentes, los que pueden ser consultados en esta Comisión.

II. ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

1.1. Análisis de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

1.1.1. Diagnóstico de la Situación Inicial

La situación inicial que da origen al programa se sitúa en los primeros años de la década de los 80' en que aparecen los primeros casos de SIDA en el mundo. En nuestro país, en 1984⁷ se comienza a tomar conciencia del problema con una forma de abordaje tradicional y limitada a la vigilancia epidemiológica y a algunas acciones referidas al sector público de salud⁸.

La falta de políticas y acciones coordinadas y efectivas desde el Estado se hacen evidentes unos años más tarde y bajo el mandato del Presidente Aylwin, en mayo de 1990, se decide enfrentar los diversos desafíos que implica la presencia del VIH/SIDA y del SIDA en la sociedad chilena, con la creación de la Comisión Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), momento en el cual se da comienzo al programa con sus lineamientos actuales: acercamiento integral, intersectorial, participación amplia de organizaciones sociales, científicas y comunitarias promoviendo la reflexión y el diálogo, respetando la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas

La primera misión de CONASIDA fue elaborar un diagnóstico de lo realizado hasta 1989. Luego se abocó a trabajar en el Programa de Mediano Plazo; para formularlo convocó a un grupo de expertos calificados del medio nacional, proponiéndoles transformar inquietudes e ideas en un plan operacional realista, racional y factible de realizar, tomando en cuenta las directrices internacionalmente aceptadas para abordar esta epidemia.

El trabajo se inició el 5 de mayo de 1990 y concluyó el 2 de agosto, fecha en que la Comisión Permanente Intersectorial respaldó políticamente este Programa y comprometió el apoyo del Supremo Gobierno para desarrollar las actividades propuestas.

El problema que aborda el programa es la necesidad de desarrollar políticas estatales coordinadas e intersectoriales en torno al VIH/SIDA y enfrentar distintas variables vinculadas al desarrollo de la enfermedad en el país, al mismo tiempo de la eventualidad que número considerable de personas estará expuesta a contraer la infección. En este contexto, el diseño del programa es adecuado considerando las múltiples dimensiones biopsicosociales que el VIH/SIDA y las ETS presentan.

El programa es responsable, en la actualidad, de un 100% de las acciones y políticas de prevención en el país, sin embargo, producto de factores vinculados a las coberturas de los

⁷ El primer caso de SIDA se notificó en 1984. Hasta diciembre de 1990 se habían diagnosticado 254 casos de SIDA. La tasa acumulada entre 1984 y 1990 es de 20.7 por millón de habitantes, de los cuales 89.4% se contagió por vía sexual, 4.3% por vía sanguínea y 11 casos por transfusión de sangre. Los grupos de edad más afectados 20 a 49 años, principalmente hombres entre 30 y 44 años. Hasta septiembre de 1990 habían fallecido el 23.2% de las personas con SIDA.

⁸ En esa época se programaron acciones sin considerar los resultados de las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales; no existió coordinación con los programas regulares del Ministerio de Salud; el efecto multiplicador esperado no se logró plenamente, por la selección de los participantes, por no haberlos capacitado para hacerlo y no haber definido procedimiento y períodos para realizar las actividades multiplicadoras; el apoyo de los medios masivos (spots televisivos y afiches) fue sesgado, confuso y poco explícito, sin abordar las formas de contagio y las medidas preventivas con relación al fenómeno del SIDA.

seguros de salud, es responsable de la atención de los beneficiarios del Sector Público de Salud, con excepción de la cobertura del Protocolo ACTG 076⁹ para prevenir la transmisión vertical (de la madre embarazada al hijo/a) del VIH, en que la responsabilidad del Programa alcanza tanto al Sector Público como Privado.

1.1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

La lógica vertical de la Matriz del Marco Lógico se valida en su totalidad. En ella se establecen actividades, las cuales al realizarse de acuerdo a lo programado permiten el cumplimiento de los subcomponentes. La realización de los subcomponentes contribuye al logro de los 6 componentes del programa cuales son: Estrategias de prevención desarrolladas; Atención a las personas que viven con VIH/SIDA; Estudios realizados; Estrategias para el enfrentamiento de las ETS en el país; Estrategias de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional; Modernización de la Gestión. El logro de los objetivos a nivel de componentes permite la consecución del propósito que a su vez contribuye al logro del fin. No existen razones para un rediseño del programa.

El Panel quiere señalar que –a nivel de los componentes- respecto de su diseño lógico aparecen dos tipos de distinciones presentes: la primera en que la mayoría de ellos responde a tipos de intervención que se realizan en torno a la problemática del VIH/SIDA y, la segunda en que el componente ETS responde a otra dimensión, ya no desde el tipo de intervención sino desde la dimensión temática. Esto ha ocurrido en esta primera etapa de incorporación del componente ETS al programa, no obstante, la Unidad Ejecutora ha informado de cambios más profundos que se incorporarán a partir del 2000 respecto de la inclusión de las ETS en el mismo.

1.1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

La lógica horizontal del programa es válida en su totalidad. Los indicadores permiten apreciar el logro de los objetivos en sus diferentes niveles. No existen razones que justifiquen un rediseño del programa.

1.1.4. Identificación de otros indicadores para medir el logro de los objetivos del programa.

A partir de la necesidad de evaluar con mayor precisión los resultados de los distintos componentes del programa, contar con información disponible y dar cuenta de la complejidad del problema que aborda se sugiere incluir los siguientes indicadores:

Componentes	Indicadores
4. Estrategias para el enfrentamiento de las ETS en el país	N° de boletines epidemiológicos realizados/N° de boletines epidemiológicos programados N° de boletines epidemiológicos distribuidos /N° de boletines epidemiológicos producidos N° de normas técnicas distribuidas/N° de normas técnicas producidas

⁹ Esquema terapéutico que se administra a la mujer embarazada seropositiva al VIH y a su hijo para la prevención de la transmisión vertical. Consiste en tratamiento de AZT oral a la madre a partir de la semana 14 de embarazo. AZT inyectable durante el parto y AZT en jarabe al recién nacido y durante las primeras 6 semanas de vida.

5. Estrategias de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional	N° de proyectos aprobados para financiamiento internacional aprobados/N° de proyectos presentados para financiamiento internacional N° de profesionales de los servicios de salud capacitados producto de convenios de cooperación técnica internacional/ N° de profesionales de los Servicios de salud planificados para la capacitación producto de cooperación técnica internacional.
Subcomponentes	Indicadores
1.1. Población chilena desarrolla conductas preventivas en relación al VIH/SIDA	N° Redes en los servicios de salud que ofrecen consejería % de proyectos dirigidos a grupos vulnerables aprobados / Total grupos vulnerables organizados Actitudes de las personas frente a la percepción del VIH/SIDA y a la no discriminación Impacto de programas preventivos en poblaciones más vulnerables N° de Servicios de Salud que cuentan con red de consejeros funcionando / N° de Servicios de Salud total N° de proyectos de consejería de los Compromisos de Gestión ejecutados / N° de proyectos de consejería de los Compromisos de Gestión aprobados N° de proyectos de prevención sociales intersectoriales ejecutados / N° de proyectos de prevención sociales intersectoriales aprobados
2.1. Personas adultas que viven con VIH/SIDA reciben atención en el sistema público de salud	N° de servicios de salud que disponen de exámenes específicos/N° total de servicios de salud N° de servicios de salud capacitados en el manejo de sistema computacional de atención a consultantes VIH/SIDA/ N° programado anualmente
3.2. Estudios comportamentales disponibles para la toma de decisiones	N° de proyectos de prevención asociados a la información disponible del estudio comportamental
4.1. Actualizar y mejorar la disponibilidad de información técnica oportuna y confiable que sea un apoyo para la toma de decisiones	% de integridad de las notificaciones de ETS. N° de servicios de salud que cuentan con fichas nuevas de ETS, fichas de control y carnet de salud sexual/ total de servicios de salud
5.1. Cooperación técnica nacional para una respuesta acorde a las necesidades del problema VIH/SIDA del país	N° de eventos de cooperación técnica nacional realizados
6.1. Fortalecimiento continuo de gestión modernizadora	Redes de organizaciones conformadas N° de equipos de salud capacitados de los servicios de salud/Total de servicios de salud

1.1.5. Examen de Supuestos

En lo que respecta a los supuestos, es posible desprender del marco lógico y de su interpretación su presencia implícita, por lo que su incumplimiento podría amenazar la gestión del programa. Ejemplos de tales supuestos son:

En el nivel de propósito:

- Las críticas de los sectores conservadores a políticas de prevención que consideran el preservativo y a los mensajes educativos del programa, no interfieren en la realización del mismo.
- CONASIDA sigue siendo reconocida como la instancia representativa de la autoridad sanitaria en materia de control de VIH/SIDA por los diversos actores involucrados en la gestión del programa y en la difusión de los contenidos educativos elaborados como parte del mismo.
- El Ministerio de Salud mantiene el control sobre la definición de prioridades de salud nacionales y posee los mecanismos que le permiten asegurar que sus instancias territoriales releven al VIH/SIDA como una prioridad estratégica.

Para el componente Estrategias de prevención:

- Los encargados de tomar decisiones en materia presupuestaria comprenden que el costo/efecto de las medidas de prevención de VIH/SIDA impulsadas justifica su financiamiento, aún en un escenario de costos incrementales del programa representados por el importe de las terapias antivirales.

Para el componente Atención a las personas que viven con VIH:

- Los avances tecnológicos respecto de los fármacos y formas de tratamiento podrían afectar al programa en el futuro respecto de su actual diseño y dinámica de funcionamiento.
- El aumento de la demanda de atención no interfiere con el desarrollo del programa.

Para el componente Estrategias de enfrentamiento de las ETS en el país:

- La inclusión de la ETS como parte del programa no significa una pérdida de identidad de las acciones dirigidas al enfrentamiento del VIH/SIDA. Se han incorporado enfoques innovadores para el enfrentamiento del problema de las ETS lo que ha permitido abordar ambos temas de manera complementaria, en el contexto del trabajo desarrollado en VIH/SIDA desde 1990 y desde una perspectiva amplia que considera los diversos aspectos que intervienen en su presentación; sociales, culturales, preventivos y de atención de salud.

Estos supuestos han sido incorporados al Marco Lógico en sus distintos niveles de objetivos.

1.1.6. Entorno del Programa y Ajustes en el Diseño

Durante el período de evaluación del programa se han producido progresos científicos en el campo del tratamiento poliasociado con drogas antivirales. Si bien existen estos avances no parece probable el desarrollo de una terapia curativa de la enfermedad o alguna medida de prevención primaria específica, en el próximo lustro o década. Y aunque éstos se desarrollaran, el número de enfermos será tal que el Sistema de Salud enfrentará serias dificultades para satisfacer la demanda.

Ellos justificaron la adaptación del diseño y los cambios en el componente “atención a las personas que viven con VIH/SIDA”; lo anterior está adecuadamente reflejado en la Matriz de

Marco Lógico consensuado y tiene importancia pues ha representado un impacto presupuestario de gran magnitud¹⁰.

Otro elemento del entorno del programa que representa una amenaza permanente a la decisión de proporcionar servicios de salud a las PVVIH, es la exclusión de las ISAPRES a los tratamientos por este concepto, ya sea porque debido al desempleo asociado a la enfermedad los beneficiarios dejan de cotizar en la institución y, por tanto, pierden los beneficios, o bien porque el tipo de tratamiento y fármacos no está cubierto en sus planes de salud. Es evidente que esta situación genera -y en el futuro va a aumentar- presiones sistemáticas al sistema público de atención de salud.

También en materia de cambios en el entorno del programa debe destacarse la decisión de incluir las ETS como parte del mismo a partir de 1997. Al principio se conformó un equipo de trabajo en el Área de ETS al interior de la CONASIDA el que se dedicó al análisis de la situación. De acuerdo a la información disponible y a una revisión de las actividades y líneas de trabajo desarrolladas en el tema de ETS en los últimos años, se elaboró un plan de trabajo con una perspectiva de tres años, que privilegiaba las actividades de:

- Revisión y actualización de Normas Clínicas y de manejo de ETS
- Diseño de formularios unificados para la atención de pacientes en los Centros de ETS
- Diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de ETS que de cuenta de la situación real y en forma confiable y oportuna de la situación y tendencias de las ETS a nivel nacional.

Paralelamente se realizaron actividades destinadas a coordinar esfuerzos orientados a la eliminación de la sífilis congénita

- Actualización de Normas
- Vigilancia universal
- Visitas programadas a Servicios de Salud con mayor incidencia
- Taller Nacional de Sífilis Congénita

Estos objetivos se realizaron durante los años 1998-99, y a partir del presente año se están estableciendo líneas de trabajo que integren el tema de las ETS en las otras áreas de la CONASIDA, principalmente el Área de Prevención y Comunicaciones.

Como otra área de cambios en el período de evaluación, se destaca la decisión de OMS de conformar un programa multiagencial (ONUSIDA), dirigido al control de este problema de salud considerándolo no solo en su dimensión sanitaria sino en cuanto amenaza para la viabilidad de los modelos de desarrollo de los países de endemias más elevadas. Las relaciones con ONUSIDA, cuyos referentes no son los tradicionales, significan un cambio de entorno que el programa ha sabido aprovechar (compra de drogas a menor costo, por ejemplo), pero que debe ser mencionado explícitamente como tal ya que, de hecho, ha representado ajustes en la forma en que CONASIDA enfrenta sus relaciones con la cooperación internacional.

1.1.7. Dimensionamiento del Programa

El dimensionamiento del programa es adecuado en el nivel nacional. En los niveles subnacionales (Servicios de Salud) ha logrado conformar referentes cuya potencialidad se verá incrementada gracias a la inclusión de los equipos de ETS en el ámbito de coordinación de CONASIDA. Esto último representa un desafío importante para el futuro del programa.

¹⁰ A partir de 1997, el costo de las drogas alcanza niveles desproporcionadamente elevados respecto a los que representaba este rubro antes de esa fecha, lo que representa un cambio de entorno significativo.

En las evaluaciones que se realizaron para el componente de prevención durante los años en que se realizaron campañas masivas se demuestra que los spots de T.V. fueron vistos por más de un 90% de los/as encuestados/as.

Respecto de las coberturas realizadas en el componente a través otras acciones de carácter preventivo se logró llegar a 105.282 personas y 297 grupos durante 1999.

De acuerdo a las cifras de personas atendidas como beneficiarios/as en el sistema público de salud éstas son 3.925 personas adultas y niños/as de las cuales: 2.301 reciben sólo control activo; 1.501 adultos reciben tratamiento antiretroviral (un 49,4% del total de las personas adultas con indicación de tratamiento); 79 menores VIH+ (100%) y 44 mujeres embarazadas (100%) reciben también tratamiento antiretroviral. Respecto de la cobertura de grupos de PVVIH se ha logrado asistir técnica y financieramente a 4 grupos durante 1999.

El componente estudios produjo 9 de ellos en el período de evaluación del programa.

El componente estrategias de enfrentamiento de las ETS ha beneficiado a la totalidad de los servicios de salud (28) con los avances en el acuerdo y difusión de normas técnicas de tratamiento y con los nuevos procedimientos y la vigilancia epidemiológica.

El componente estrategias de cooperación internacional benefició a 11 personas que trabajan en SIDA en intercambio técnico con Francia y la firma de 3 convenios en el período (Francia, ONUSIDA y GZT de Alemania).

El componente Modernización de la gestión ha favorecido a 26 servicios¹¹ de salud pública del país a través de los compromisos de gestión, así como a las organizaciones que presentan proyectos para apoyo técnico y financiero de la CONASIDA que en el período 1996-1999 fueron 782 organizaciones las cuales se fortalecen en su gestión producto del traspaso de metodologías de diseño, formulación y evaluación de proyectos sociales preventivos. Al mismo tiempo en el período evaluado se han capacitado 1.620 consejeros de los distintos servicios de salud.

1.2. Conclusiones sobre el Diseño

Se trata de un programa diseñado para enfrentar uno de los desafíos más importantes abordados por los sistemas de salud en las últimas décadas, que implica para los países ser capaces de adaptarse al control de una enfermedad emergente, de rápida expansión en el mundo y cuyas formas de transmisión están directamente relacionadas con hábitos de vida que son objeto de sanción moral de acuerdo a los cánones predominantes en la mayoría de los países.

En este sentido, el diseño de un programa de control de VIH/SIDA gestionado por una entidad capaz de lograr convocatoria intersectorial y que, manteniendo el control y la responsabilidad estatal, tuviese mayor flexibilidad y cercanía a los grupos comunitarios con interés básico en el tema, ha demostrado ser acertado y coherente con el diagnóstico inicial que lo motivó. Si bien es cierto que los antecedentes del programa pueden trazarse a los años anteriores a la conformación de la Comisión Nacional del SIDA, es a partir de su creación que las políticas de salud dirigidas al control de la enfermedad adquieren integralidad, intersectorialidad y perspectiva de política de estado.

¹¹ Existen dos servicios de salud de reciente creación: El servicio Arauco que deriva al Servicio de Salud de Concepción y el de Araucanía que deriva al Servicio de Salud Araucanía Sur.

Las actividades desarrolladas son coherentes con los componentes establecidos como parte del Marco Lógico del programa y los indicadores son adecuados para evaluar el cumplimiento de los objetivos; los medios de verificación, si bien representan una información seleccionada desde múltiples datos recolectados a partir de las diversas acciones programáticas, permiten dar cuenta de los resultados de cada uno de los componentes.

El panel evaluador considera que el dimensionamiento del programa es adecuado, así como es adecuado el ajuste anual que se hace de éste en cuanto a los beneficiarios de acuerdo a los componentes; Esto es que, por ejemplo, el componente atención integral depende del número de embarazadas y de nacidos vivos con VIH/SIDA.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

2.1. Análisis de aspectos relacionados con la organización y gestión del programa Estructura Organizacional y Gestión

2.1.1. Estructura organizacional del programa

Hasta la creación de la Comisión el tema del SIDA estaba siendo tratado exclusivamente como un problema biomédico. Sin embargo, las características propias de la enfermedad y la transversalidad de sus impactos, exigieron la construcción de respuestas intersectoriales y la creación de una organización interdisciplinaria. Uno de los aportes fue el desarrollo de estrategias de intervención que privilegiaran el trabajo con todos los sectores involucrados y con énfasis en la participación de la ciudadanía organizada, tanto de las personas que viven con VIH como con las agrupaciones que apoyan a aquéllas y las organizaciones interesadas en el trabajo preventivo.

El elemento de intersectorialidad exigía una propuesta de integración y flexibilidad para coordinar y articular actividades intra Minsal e inter Ministerios y Servicios Públicos. Asimismo, la condición de enfermedad terminal hacía necesario una entidad que diera cuenta de estrategias de respuestas diferentes a las de otras enfermedades y también de las de transmisión sexual.

Por otra parte, el SIDA estaba asociado directamente a las conductas sexuales de las personas, tema considerado aún reservado y no desarrollado plenamente por la gente. De manera que su tratamiento requería de un espacio que ayudara a gestar una conversación más amplia a fin de ayudar a la población con estrategias distintas a las tradicionales.

Estos elementos llevaron a la conformación de una estructura dependiente directamente de una autoridad de la cúpula ministerial, con capacidad de maniobra, ágil y flexible para sus necesidades de adaptación. En los hechos ha ido modificándose conforme, por ejemplo, a la condición de cambio de una enfermedad terminal a una de carácter crónico.

Por ello se estimó conveniente crear una Comisión que, desde su funcionamiento inicial basado en reuniones periódicas tal como lo expone el decreto que le da nacimiento, se volcó plenamente a la construcción y desarrollo de un Programa basado en planes y proyectos que dieran inicio y continuidad a un proceso complejo. En este sentido se constituye en un ente rector en materia normativa y ejecutivo en la aplicación de las mismas, en una primera instancia.

El funcionamiento de Conasida se ha ido perfeccionando progresivamente con la incorporación de equipamiento más actualizado, tales como computadores, incorporación a redes de comunicación y correo electrónico, etc. Asimismo, se han perfeccionado e incorporado sistemas

de información computarizados para mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica en VIH/SIDA y ETS, como también para mejorar la calidad de la atención de las PPVIH en los hospitales.

La dependencia de la Comisión a la estructura y procedimientos ministeriales, hace que su funcionamiento sea regulado por éstos en todos los aspectos de trámites para la comunicación con el interior y el exterior del Ministerio, como también para lo concerniente a lo logístico y manejo presupuestario.

Como puede apreciarse en el esquema de relaciones funcionales, las áreas de trabajo corresponden con los componentes del programa casi exactamente, con la excepción del área de comunicaciones, que sirve a la totalidad de las acciones del programa, con énfasis en el componente preventivo.

2.1.2. Relaciones entre los niveles central, regional y local y mecanismos de coordinación.

El programa es un programa de tipo centralizado cuya Unidad Ejecutora es la CONASIDA, a cargo de una Coordinadora Ejecutiva. La Comisión ha dispuesto diversos mecanismos de coordinación hacia los niveles regional y local, los cuales son adecuadamente operativos. Una forma de implementar la estrategia de descentralización en la acción ha consistido en la transferencia de herramientas técnicas y metodológicas y la promoción del desarrollo de capacidades de gestión de proyectos de prevención a equipos regionales y locales, organizaciones sociales y organismos no gubernamentales (ONG). Asimismo, se ha estimulado el trabajo en redes en la búsqueda de estrategias para potenciar y dinamizar los esfuerzos que realizan diferentes actores sociales.

La coordinación y articulación de actividades dentro de la Comisión se realiza a través de dos instancias de reunión periódicas: el Comité Ejecutivo (encargados de cada Area) y del equipo completo de los profesionales de la Comisión. En estas instancias hace una evaluación periódica del avance y se conocen los informes presupuestarios y se adoptan las decisiones de ajustes.

Aproximadamente desde 1996, se inicia un decidido y sistemático proceso de descentralización y de participación en la generación de soluciones desde el nivel local (Seremis, Servicios de Salud y hospitales) y con aportes presupuestarios desde el nivel central.

La gestión operacional, tanto en lo técnico como presupuestario, utiliza diversas herramientas: los compromisos de gestión con el Ministerio y entre éste y los Servicios de Salud; asociado a ello establece un programa de asignación de fondos concursables para proyectos diseñados participativamente en el ámbito local y ejecutados mediante transferencias de fondos o anticipos a rendir. Se busca especialmente con este modelo, una formulación de proyectos con visión y participación intersectorial y comunitaria, y para lo cual se emplea el enfoque de marco lógico y la gestión a nivel local.

Su relación con el SNSS, especialmente con los hospitales, se logra teniendo como referente a los equipos de salud dedicados al tratamiento del VIH/SIDA y ETS en los hospitales. El permanente contacto desde distintos ámbitos, es para formulación y ejecución de proyectos de tratamiento médico, de prevención y estudios. Asimismo, se ha creado una red de comunicadores sociales, formada por los encargados de comunicaciones de los Servicios de Salud (periodistas y relacionadores públicos), con los cuales se mantiene contacto para el manejo de las comunicaciones e información sobre las noticias internacionales, nacionales o locales.

Asimismo, constituyen referentes de gestión administrativa los Seremis para la realización de proyectos comunitarios y coordinación de programas locales.

2.1.3. Estructura de toma de decisiones

Las bases para la toma de decisiones son las siguientes:

- Políticas de salud
- Principios éticos
- Recomendaciones internacionales
- Estudios comportamentales
- Perfil epidemiológico
- Información científica actualizada
- Evaluación de intervenciones

Los actores involucrados en la toma de decisiones son básicamente:

- La Ministra de Salud y el Subsecretario de Salud, a quienes corresponde la sanción de las decisiones políticas, presupuestarias y operativas del programa.
- CONASIDA, a la que corresponde la Vigilancia Epidemiológica, la Planificación estratégica, el diseño de compromisos de gestión con los servicios de salud, la realización de estudios, programas de capacitación y publicaciones, la asignación de recursos, la retroalimentación a los niveles ejecutores de las acciones, el monitoreo y la evaluación de las acciones.
- Los Servicios de salud, en los ámbitos de su competencia.

Como resultado de este esquema de toma de decisiones y ejecución de acciones programáticas, se conforman

- Las políticas nacionales
- El programa nacional
- Los planes anuales y
- Los proyectos

2.1.4. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad ejecutora

La Unidad Ejecutora desarrolla actividades de monitoreo y evaluación permanentes.

La función de monitoreo y evaluación se realiza a través de sistemas regulares de recolección de información (vigilancia pasiva, vigilancia activa, centros centinelas), así como también de estudios especiales. De particular importancia son los mecanismos permanentes de análisis de la información realizada por CONASIDA y también por instituciones colaboradoras (centros universitarios). La información constituye una importante herramienta de retroalimentación para la Unidad Ejecutora y también es utilizada por otras instituciones (Universidades, centros asistenciales, etc.

El Boletín Epidemiológico de CONASIDA (Serie documentos CONASIDA), de publicación trimestral, constituye una excelente fuente de información que apoya la toma de decisiones. Similar objetivo cumple desde 1999 el Boletín Epidemiológico de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La evaluación del componente preventivo del programa incluye además un completo análisis de las campañas de comunicación masiva, el que utiliza información cualitativa y cuantitativa. Las intervenciones preventivas son también evaluadas con relación a sus objetivos y resultados específicos.

2.2. Conclusiones sobre la Organización y Gestión del Programa

La estructura de gestión del programa ha demostrado ser la adecuada ya que ha permitido la conformación de un referente con identidad clara para representar la "cara" del estado en materia de control de VIH/SIDA. Dada la sensibilidad del tema y la presencia del mismo en las acciones de sectores tan diversos como Justicia, Educación, Seguridad ciudadana, SERNAM, etc. La presencia de un referente único del estado es fundamental. En este referente ha sido factible desarrollar especialización en las diversas áreas cubiertas por el mismo abarcando tales campos con especificidad pero con la debida amplitud. Así, ha sido posible contar con recursos especializados en VIH/SIDA capaces de abordar el tema desde una perspectiva multidisciplinaria, lo que habría sido muy difícil de lograr si el programa se hubiera desarrollado como uno más de los que el MINSAL es responsable. Los recursos especializados de CONASIDA pueden actuar con fluidez en escenarios tan diversos como cárceles, escuelas, ONG de personas viviendo con VIH/SIDA, grupos con preferencia homo o bisexual, trabajadoras sexuales, etc.

Los resultados del accionar de CONASIDA hasta la fecha, la presencia de sus responsables en las relaciones con la comunidad tanto en el ámbito de la comunicación masiva como en lo que respecta a las relaciones con los interesados específicamente en VIH/SIDA sea por su vulnerabilidad o por su preocupación específica por aspectos relevantes del problema, el reconocimiento internacional de la comisión y su correspondencia con estructuras similares en otros países, así como la coherencia de su estructura con las decisiones tomadas en materia de VIH/SIDA por Naciones Unidas, aseguran la sostenibilidad del actual referente chileno.

La dependencia de la comisión de la subsecretaría de salud es la adecuada del punto de vista de su cercanía a la toma de decisiones en materias de salud pública y de coordinación de las acciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Debe hacerse hincapié en la necesidad de una coordinación muy estrecha de la Ministra de Salud con el Subsecretario y la CONASIDA, dada la sensibilidad y trascendencia política de las decisiones en materia de VIH/SIDA.

La relación de CONASIDA con otros programas de salud dependientes de la misma subsecretaría ha sido adecuada. La incorporación del programa de ETS como un área funcional de CONASIDA ha contribuido a una mayor integración y a un uso más eficiente de los recursos. Un desafío pendiente y que solo podrá ser abordado en la medida que se definan actividades, metas y plazos que superen la primera etapa de racionalización de la información, es el de la progresiva integración (y diferenciación cuando corresponda) de las acciones dirigidas al control de VIH y del resto de las ETS.

La coordinación del programa con las unidades dedicadas a la medición de las cargas de enfermedad ha permitido evitar la duplicación de esfuerzos en materia de vigilancia epidemiológica. En lo que respecta a FONASA, la discusión del presupuesto de CONASIDA es parte de la negociación interna de estos recursos entre la Subsecretaría y el Fondo como paso previo a la discusión presupuestaria con el Ministerio de Hacienda.

La estructura de toma de decisiones, centralizada, es adecuada para el buen desempeño del programa. La consolidación del programa a lo largo del tiempo demuestra que la centralización

en la toma de decisiones fue una decisión correcta para enfrentar un problema de salud de múltiples dimensiones biopsicosociales, con connotaciones éticas aún en plena polémica. La Organización y Gestión del programa son adecuadas para el manejo de un problema con las múltiples dimensiones que éste presenta. La estructura centralizada ha permitido mantener la unidad y coherencia en las diversas acciones que se requiere para abordar un problema complejo como éste. Sin embargo, las múltiples actividades realizadas en los niveles locales y comunitarios han permitido al programa tener un enfoque participativo y de acuerdo a la diversidad del país.

Al igual que en otros países que muestran buenos resultados en materia de control, la CONASIDA ha sido un real aporte al enfrentamiento de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro medio.

3. EFICACIA DEL PROGRAMA

3.1. Análisis de aspectos relacionados con la Eficacia del Programa

3.1.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de Componentes esperados.

El proceso de producción de los componentes ha incorporado, en todos los casos, la consulta a expertos, adecuación de diagnósticos, actualización de los modelos de intervención y un diálogo directo con los beneficiarios y las organizaciones de PVVIH, además de los organismos académicos y no gubernamentales con trabajo en el tema.

a. Componente Estrategias de Prevención

Este componente surge desde 1991 y consiste en propuestas de diseños, políticas y desarrollo de estrategias de prevención. Los niveles de intervención son: el nivel social, a través de campañas de comunicación social y la información periodística; el nivel grupal, con propuestas de educación y capacitación focalizada hacia grupos sociales específicos; y el nivel individual a través de la consejería y mediante en FONOSIDA (servicio telefónico gratuito y confidencial).

a.1. Intervención masiva y comunicación social

Desde 1991 se han desarrollado 4 campañas nacionales de prevención del VIH/SIDA con el objeto de provocar en la población la adopción de conductas preventivas.

Para su diseño y ejecución se realizaron investigaciones cuantitativas y cualitativas para conocer la percepción de la población sobre el SIDA y temas vinculados, por lo cual sus contenidos están amparados en estudios de opinión o de diagnóstico sobre la representación social del tema.

En general, los objetivos de las campañas estuvieron vinculados a apoyos para encarar conversaciones sobre SIDA en los espacios sociales, promover la auto percepción de riesgo de adquirir el VIH/SIDA; la promoción de conductas preventivas y, crear clima preventivo, activo, y solidario.

Además, según los antecedentes biomédicos y psicosociales del país, las campañas se focalizaron en población joven, debido al riesgo que representa el SIDA para este segmento de la población.

Cuadro 3
Campañas masivas y temas centrales de la estrategia comunicativa

Campañas	Período	Contenido central
Primera	Noviembre de 1991 a diciembre de 1992	Entrega información sobre prevención y promueve la autopercepción de riesgo.
Segunda	Abril a septiembre de 1993	Promoción de encuentros sociales de solidaridad "la red de la vida", trabaja la no-discriminación.
Tercera	Diciembre de 1994 a junio de 1995	Todos los chilenos/as estamos en riesgo, difundir todos los tipos de transmisión y todas las alternativas de prevención son válidas "Todos por la vida".
Cuarta	Diciembre de 1996 a diciembre de 1997	Mantener estado de alerta social, mostrar conductas inconsistentes frente al riesgo, difundir el FONOSIDA.
Fuente: Documento "Información sobre las campañas de comunicación social para la prevención del VIH/SIDA Chile 1991-1997. CONASIDA. 1999.		

Las evaluaciones¹² que se han realizado sobre campañas muestran que se ha contribuido a entregar conocimientos a la población (conocimientos básicos sobre SIDA, mecanismos de transmisión y formas de prevención) y que han apoyado progresivamente el cambio de actitud y opinión en torno al SIDA como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro 4
Evaluación de conocimientos sobre transmisión y prevención del VIH después de realizadas las campañas masivas según años disponibles

Tipo de Conocimientos	1991	1993
Transmisión por Vía sexual	74%	94%
Transmisión por Transfusiones	66%	80%
Transmisión por Otros medios	30%	20%
Prevención a través de pareja estable	41%	77%
Prevención con preservativo	33%	60%
Fuente: Documento "Información sobre las campañas de comunicación social para la prevención del VIH/SIDA Chile 1991-1997. CONASIDA. 1999.		

Con estos datos es evidente el impacto de las campañas en los conocimientos y percepciones de las personas respecto del VIH/SIDA. Por su parte, la encuesta poblacional de la OMS, aplicada en 1996 en 5 países de América Latina y el Caribe¹³ demostró que sobre el 51% de los chilenos/as conocen todos los mecanismos de transmisión del VIH y son capaces de discriminar los incorrectos. Los países que siguen a Chile son México con un 38%, Cuba con un 30% y Costa Rica con un 25%.

Del mismo modo, el conocimiento sobre la transmisión vertical del virus aumenta significativamente entre 1994 y 1996 tanto en hombres como mujeres independientemente del nivel educacional de la población encuestada (33,8% de mujeres en 1994 conocen esta forma de transmisión, mientras que aumenta a un 95% en 1996; un 27,5% de los hombres conoce esta forma de transmisión en 1994, lo que aumenta a un 93,8% en 1996). La campaña de 1995 incluía dos testimonios de padres de niños VIH+.

¹² Evaluaciones realizada por Guernica Consultores. Informe complementario para evaluación. CONASIDA..

¹³ La encuesta en Chile se aplicó a 3600 personas entre 18 a 49 años.

Por otra parte, el realizarse el examen VIH puede ser un reflejo de la percepción de riesgo personal y acceso al test. A través de dos encuestas poblacionales se ha demostrado que en la población de 15 a 26 años un 19,4% de los encuestados se había hecho el examen en 1996 (encuesta FUNACS), mientras que la cifra aumentó a 23,5% en 1998 (encuesta COSECON). Es preciso considerar también que este examen se encuentra en el segundo lugar en frecuencia de informaciones solicitadas al servicio telefónico FONOSIDA.

Otra línea de trabajo de prevención a través de las comunicaciones masivas ha sido a través de la información y capacitación de los propios comunicadores, que son periodistas, relacionadores públicos o educadores para la salud que están a cargo de las oficinas o departamentos de comunicaciones y relaciones públicas de los Servicios de Salud, Seremis y organismos autónomos (como el Instituto de Salud Pública o FONASA).

Cuadro 5
Capacitación de Comunicadores para la prevención y no discriminación por VIH/SIDA

	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Comunicadores capacitados	51	172	232	-	455
Comunicadores capacitados (sector salud)	-	32	32	24	88
TOTAL	51	204	264	24	543

Fuente: Unidad Ejecutora. Descripción de grupos de beneficiarios del Programa.

Las actividades de capacitación con comunicadores ha tenido como objetivos básicamente incrementar el conocimiento y el compromiso de los participantes para crear y afianzar una red sobre la información del SIDA. Durante 1999 además de los comunicadores se invitó a los talleres a directivos o profesionales del Sistema de Salud que trabajan el tema SIDA. El objetivo en dicha oportunidad fue afianzar la colaboración entre ambos públicos, para mejorar la información pública sobre SIDA que fluye a la opinión pública.

La evaluación de esta estrategia de intervención es positiva de acuerdo a los antecedentes proporcionados por la Unidad Ejecutora desde dos puntos de vista:

- Respecto de la cobertura noticiosa que tiene el SIDA, en 1999 de un total de 69 actividades realizadas en el país en torno al Día Mundial del SIDA hubo 65 noticias en la prensa escrita, radios y TV. En la región metropolitana hubo 3 actividades y 15 noticias.
- Con relación al sentido de las noticias, los énfasis comunicativos y el tratamiento de las noticias, se realizó un estudio cualitativo de análisis de contenidos de la prensa escrita de Osorno y Temuco durante 1984 y 1999¹⁴ concluyendo sobre una evolución en las publicaciones desde el tratamiento prejuicioso y sensacionalista hacia un abordaje respetuoso y contextualizado de los hechos respecto al SIDA.

a.2. Trabajo con grupos

Al considerar el período de evaluación del programa, es preciso distinguir dos momentos: el primero, se sitúa en los años 1996-1997 en que se desarrollan estrategias de trabajo con población más vulnerable a través de convenios con ONGs específicas con trabajo en VIH, las cuales consideraron como estrategia básicamente la educación entre pares. Más tarde, en un segundo momento, se incorpora esta estrategia de trabajo en los Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud, especialmente de regiones.

¹⁴ "Evolución del relato periodístico sobre SIDA en el diario Austral de Osorno entre 1984 y 1999". Tesis de Marcelo Vega para obtener su título de Magister en Comunicación Social. Universidad Austral de Chile.

La evaluación que hace la Unidad Ejecutora de este proceso es que, hasta 1997, las acciones con grupos vulnerables habían sido dificultosas y en ocasiones insuficientes y que estas organizaciones específicas se concentraban en la Región Metropolitana. En este escenario se planteó mejorar las intervenciones con relación a: calidad, posicionamiento en el Sistema Público de Salud, cobertura, sustentabilidad y optimización de recursos humanos y financieros, y bajo estos criterios se incorpora la prevención a través de los servicios. Estas iniciativas demandaron la implementación de un modelo de gestión a través de proyectos y la capacitación del personal de salud en metodologías de selección, seguimiento y evaluación de los proyectos en cada región.

En los últimos años, se ha desarrollado más ampliamente el componente preventivo con grupos específicos de mayor vulnerabilidad como se aprecia en el cuadro a continuación, no obstante su disminución durante 1999 se explica por el cambio de la definición de metas en ese año, pasando de 2 proyectos por servicio de salud durante 1998 a sólo un proyecto durante 1999, este cambio obedece principalmente a restricciones presupuestarias.

Cuadro 6
Número de proyectos según tipo de beneficiarios (convenios y compromisos de gestión) con grupos de mayor vulnerabilidad.

Tipo de beneficiarios	N° de proyectos				
	1996 (*)	1997(*)	1998	1999	TOTAL
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	1	1	5	11	18
Trabajadores/as Sexuales (TS)	1	1	12	17	31
Jóvenes	-	-	28	4	32
Mujeres	-	-	2	2	4
Personas privadas de libertad	-	-	2	4	6
Otros	-	-	1	-	1
Total Proyectos	2	2	50	38	92
Fuente: Unidad Ejecutora. Descripción de Grupos de beneficiarios del Programa Proyecto 1.1.3. del marco lógico					

(*)Se solicita revisar a la Unidad Ejecutora la información de dichos años.

Se realizó además, un proyecto de 38 Programas radiales para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

El panel no cuenta con información sobre número de beneficiarios directos e indirectos de este tipo de intervención con grupos vulnerables. La Unidad Ejecutora informa que están procesando esta información en la actualidad y no estará disponible al término del informe del panel.

Sin embargo, se aprecia que es mayor el número de proyectos aprobados con jóvenes lo que es consistente- a juicio del panel- puesto que constituyen el grupo más afectado por el SIDA concentrando el 85% de los casos. El grupo de crecimiento más rápido de la epidemia está entre los 25 y 34 años. Para su interpretación, desde el punto de vista de la edad de la infección, debe tenerse en cuenta que se trata de casos de SIDA, es decir, personas que adquirieron en virus entre 5 y 10 años antes, es decir, adolescentes.

También es importante el grupo de trabajadoras/es sexuales, dado que los Servicios de Salud realizan la actividad control de salud sexual a las mismas se trata de una población 'cautiva', lo que facilita la implementación de dichos proyectos. En el caso de los HSH se han tenido que

desarrollar diversas estrategias de acercamiento a los grupos locales que en su mayoría no son visibles y lejanos a los Servicios de Salud.

Cuadro 7
Número de organizaciones y proyectos comunitarios aprobados en las regiones II, V, VIII y RM.

	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Organizaciones participantes	164	164	244	210	782
Proyectos de prevención	57	57	75	65	254
Beneficiarios (directos e indirectos)	29.811	29.811	43.501	50.701	153.824
Fuente: Unidad Ejecutora. Descripción de Grupos de beneficiarios del Programa. 1.1.5.					

Respecto de los proyectos de prevención comunitaria, se puede apreciar que, mientras se logra llegar a un mayor número de beneficiarios/as través de estas intervenciones, tanto el número de proyectos financiados y apoyados por CONASIDA como el número de organizaciones apoyadas disminuye. Esta situación se produce básicamente por dos factores: (a) el desarrollo de una política de intervención focalizada en las poblaciones objetivos de los proyectos como de las organizaciones vinculadas y convocadas a trabajar con estas poblaciones, y (b) se reduce el financiamiento para los proyectos a contar del año 1999, debido al término de los recursos de la Comunidad Europea (Agencia alemana GTZ), y se continúa con presupuesto nacional, que es menor.

Las organizaciones que participan en los proyectos se constituyen en una unidad única en el proyecto, por lo tanto, la relación con CONASIDA es desde su posición como proyecto y no como organización independiente. Por su parte, la Comisión Nacional del SIDA se vincula con organizaciones siempre que éstas lo requieran y sea a través de actividades de capacitación, educación u otras acciones o estrategias orientadas a la prevención del VIH/SIDA.

Uno de los objetivos que se persiguen en el desarrollo de los proyectos de prevención con las organizaciones, es que logren el máximo grado de autonomía en la ejecución de sus proyectos, con el fin de potenciar y desarrollar las capacidades locales y la descentralización, y permanentemente reciben la asesoría de CONASIDA según demanda.

Las organizaciones vinculadas a CONASIDA mantienen esta relación en el tiempo a través de diversos proyectos de prevención, situación que se da en todas las regiones donde se ha implementado la estrategia y en las 23 comunas que han participado. Ejemplo de ello es la Región Metropolitana que tiene un promedio de 85 organizaciones participantes por año. En las comunas de Cerro Navia, Pudahuel, La Pintana entre otras, las organizaciones han participado durante los tres años de ejecución de proyectos, lo mismo ocurre con las organizaciones participantes en los proyectos de la V Región.

Las actividades realizadas en los proyectos básicamente están referidas a capacitación de personas (líderes comunitarios, alumnos universitarios, monitoras en salud, etc.) También se realizan eventos artísticos como festivales de la canción, celebración del Día Mundial del SIDA; programas radiales; obras de teatro. Por otra parte, está la creación, elaboración y distribución de material educativo de prevención, junto con murales y graffitis con mensajes de prevención.

a.3. Prevención individual a través de FONOSIDA y Consejería

El VIH/SIDA ha sido definido como una problemática de salud fuertemente asociada a factores psicosociales que influyen en la expansión y en la calidad de vida de las personas que viven con este virus. La toma del examen de detección ha sido definida como una medida importante para

la prevención y el apoyo de las personas afectadas. Su realización requiere que los consultantes tengan presentes las posibles consecuencias clínicas y psicosociales, asumiéndolas en forma responsable y autónoma.

Considerando que en el país no existe una práctica permanente de consentimiento informado para la toma de exámenes y que un resultado positivo al examen del SIDA tiene fuertes consecuencias biopsicosociales. CONASIDA consideró necesario desarrollar un proceso de formación de consejeros que permitiera contar con profesionales sensibilizados y capacitados en información, orientación y apoyo emocional a personas que consultan y se toman el examen del SIDA.

Si bien el programa ha realizado actividades de formación en consejería desde 1991, es en 1997 cuando se inicia un proceso formal de capacitación a funcionarios de todos los Servicios de Salud del país.

Los objetivos de la capacitación de consejeros son básicamente permitir que actualicen sus conocimientos acerca del VIH, comprendan el problema del SIDA desde una perspectiva integral y desarrollen actitudes de empatía, respeto, valoración y tolerancia hacia los consultantes susceptibles de estar viviendo con el virus del SIDA, y con quienes se realizan el examen de sangre para la detección del virus del SIDA (VIH).

Cuadro 8
Capacitación en Consejería, prevención y no discriminación por VIH/SIDA
según tipo de grupos capacitados.

	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Consejeros capacitados	-	285	1.235	100	1.620
Equipos de salud del sistema público	-	s/i	s/i	25	25
Equipos de salud que trabajan con población de mayor vulnerabilidad	-	s/i	s/i	26	26
TOTAL	-	285	1235	151	1.671
Fuente: Unidad Ejecutora. Descripción de grupos de beneficiarios del Programa.					

En 1999 la capacitación disminuye notoriamente, lo que obedece básicamente a dos razones: la limitación del presupuesto y el hecho de que todos los servicios de salud cuentan con consejeros capacitados y habilitados para realizar consejería.

Otra línea de consejería es aquella de carácter individual para todo tipo de público, que se implementa desde 1995 a través del servicio telefónico gratuito FONOSIDA. Este servicio entrega información y orientación personalizada a aquellas personas que necesitan respuestas y apoyo en un marco de privacidad y confidencialidad. La cobertura es nacional y es atendido por un equipo de operadores entrenados y capacitados en la atención de las consultas sobre el VIH/SIDA y sus implicancias individuales y sociales.

El impacto de la campaña FONOSIDA de 1997 se refleja en el aumento de las llamadas desde 443 en el mes de marzo de 1997 (15 llamadas diarias) a 4.033 en abril (134,5 diarias) y 8.220 en julio (265 diarias). Durante 1999 el número total de llamadas al FONOSIDA fue de 54.042 y su desagregación la siguiente:

Cuadro 9
Porcentajes de los llamados al FONOSIDA según tipo de llamadas. Varios años.

Tipo de llamadas	1997	1998	1999
Información general	59,0	57,8	50,7
Percepción de riesgo por prácticas personales	22,6	29,4	32,1
Uso del preservativo	14,7	11,7	9,5
Fuente: CONASIDA. Datos para el segundo informe de evaluación. 2000.			

Aumenta la conciencia de percepción de riesgo, sin embargo se requiere menos información general y sobre uso del preservativo, lo que puede estar reforzado por las campañas masivas que enfatizan en estos aspectos de la prevención.

b. Componente de Atención a Personas viviendo con VIH

Este componente se encarga de proponer, promover y evaluar políticas para la atención integral de personas VIH/SIDA; coordinar el diseño, implementación y evaluación de protocolos de tratamientos ARV y de las infecciones oportunistas; y apoyar el fortalecimiento de organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA.

Como hemos señalado anteriormente, este componente es reconocido como aquel que más recursos ocupa del conjunto del Programa. Las características de la enfermedad, sus progresivas demandas de atención, las nuevas tecnologías de tratamientos descubiertas y los altos costos asociados a los tratamientos, generan una enorme presión al sistema presupuestario del Programa.

Cuadro 10
Personas viviendo con VIH que reciben atención del Programa según tipo de beneficiario/a

Tipo de atenciones a personas VIH/SIDA	1999
Total de personas viviendo con VIH en control activo	3925
Personas adultas que requieren tratamiento de acuerdo a protocolo	3039
Adultos/as con tratamiento antiretroviral de acuerdo a protocolo	1501
Niños/as beneficiarios con tratamiento ARV	79
Mujeres embarazadas con VIH con tratamiento ARV	44
Personas adultas que sólo están en control activo	2301
Fuente: Unidad Ejecutora. Antecedentes entregados en reuniones de trabajo y documentación complementaria.	

Entre los años 1993 hasta 1996 se entregó monoterapia (AZT al 100% de los beneficiarios del sector público con prescripción terapéutica). Desde 1997 hasta agosto de 1999 se entregó biterapia y desde septiembre de 1999 se entrega biterapia y triterapia, ésta última considerando los efectos positivos en las personas que la consumen.

La estimación que realiza CONASIDA de personas viviendo con VIH en el país actualmente asciende a 15.017 personas, el número de personas notificadas de acuerdo a las normas de

1987 y 1999 corresponde a 3.450 casos de SIDA¹⁵ y 4.052 infecciones VIH¹⁶. De acuerdo a las cifras de personas beneficiarios/as en el sistema público de salud (3925 personas adultas y niños/as), de las cuales 2301 están sólo en control activo, 1501 (adultos) reciben atención de tratamiento antiretroviral de acuerdo a protocolo, es decir un 49,4% del total de adultos que tienen indicado tratamiento¹⁷; un 100% de las embarazadas VIH+ (44 mujeres) y 100% de niños/as con VIH+(79 niños/as). Esto se considera una cobertura alta tomando en cuenta que incluye el financiamiento del costo aproximado promedio de tratamientos que equivalen a un 1 millón cien mil pesos por persona al año.

Este componente ha tenido cambios significativos en el último tiempo, producto del incremento de enfermos o infectados y a la disponibilidad de nuevas tecnologías de tratamiento, lo que ha obligado al Programa a establecer protocolos terapéuticos incluyendo los criterios de: disponibilidad de fármacos, reacciones adversas e interacciones farmacológicas, potencia terapéutica, impacto en la calidad de vida, adherencia al tratamiento, uso previo de drogas, evolución de los patrones locales de resistencia y aspectos psicosociales como recursos de las personas en función de una mayor equidad social en la asignación de las terapias.

Por otra parte, durante 1999, se desarrolla un sistema informatizado para la atención y seguimiento de PVVIH, que fortalece el rol de monitoreo del Programa de manera muy importante para el mediano plazo. Al mismo tiempo, permite contar con información acerca de la prevalencia en forma oportuna para la toma de decisiones.

Otra dimensión importante de la atención a PVVIH es la calidad de la atención y de trato, por ello la disminución de la discriminación hacia ellos es una tarea importante para el Programa. Para lograr lo anterior se ha trabajado con el personal de salud de los servicios que los atienden directamente y a través del diseño de mecanismos legales en un plano de institucionalización de una política no discriminatoria, especialmente en el ámbito laboral y social. Esto último se traduce en la presentación de un proyecto de Ley de no discriminación que se encuentra en la actualidad en el Parlamento.

c. Componente Estudios

A este componente le corresponde facilitar, realizar estudios e investigaciones y difundir sus resultados para apoyar decisiones sobre la base de evidencias en los ámbitos epidemiológicos, sociocultural, económico y clínico del VIH/SIDA.

Respecto de este componente, los estudios aparecen desagregados en dos tipos diferentes: por una parte, estudios que aportan información epidemiológica para la toma de decisiones (básicamente prevalencia y características de la evolución de la enfermedad); por otra parte, estudios denominados 'comportamentales' que aportan información acerca de aspectos cualitativos y cuantitativos de conductas sexuales de riesgo para el mejoramiento y adecuación del diseño de políticas.

¹⁵ El SIDA corresponde a la etapa final de la infección causada por VIH, caracterizada por la aparición de enfermedades marcadoras de SIDA.

¹⁶ Los infectados por VIH son portadores del virus asintomáticos.

¹⁷ El porcentaje se calculó en base a: $1501 \text{ personas adultas que tienen tratamiento} \times 100 / 3039 \text{ personas que equivalen al total de personas que lo requieren.}$

Cuadro 11
Tipos de estudios realizados según desagregación utilizada en el Programa.

Tipos de estudios	Estudios	1996	1997	1998	1999
Vigilancia Epidemiológica	Vigilancia pasiva	X	X	X	X
	Vigilancia activa	X	X	X	X
	Estudios bianuales de prevalencia	X	X	X	X
	Enfermedades prevalentes en Personas con SIDA	X			
Estudios comportamentales	Población travesti que ejerce comercio sexual			X	X
	Percepción de riesgo en trabajadoras sexuales			X	X
	Usuarios de drogas intravenosas				X
	Encuesta COSECON	X	X	X	
	Prevención con población travesti				X
	Percepción campañas población homosexual		X		
	Análisis de llamadas FONOSIDA		X	X	X
	Percepción de conductas preventivas y discriminatorias	X	X		
Otros estudios	Gestión del FONOSIDA		X	X	X

Fuente: Unidad Ejecutora. Descripción de componentes del Programa. Proyecto 3.1.1.

El Estudio Nacional de Comportamiento Sexual (COSECON) aportará información muy relevante para la toma de decisiones en el Programa y para una adecuación de las políticas que afectará el próximo período. Al mismo tiempo, genera una externalidad positiva en el plano de la información en sexualidad ya que aportará con ella a otros programas que se desarrollan en el sector salud vinculados al comportamiento sexual de los/as chilenos/as. En estos momentos se encuentra en su fase de análisis de los datos.

El panel opina que los resultados, tanto de estudios como de encuentros y Conferencias organizadas por el Programa, proporcionan antecedentes que vienen a confirmar la pertinencia en los ámbitos de acción definidos por CONASIDA y que se expresan en los componentes. Estos ámbitos se corresponden con los objetivos estratégicos en cuanto a información relevante para el diseño de políticas adecuadas al tema del VIH/SIDA y las ETS.

Los resultados de los estudios se traducen en materiales específicos que son difundidos a la opinión pública como los NOTASIDA; boletines epidemiológicos, *papers* y documentos de trabajo para diferentes conferencias nacionales e internacionales. En el caso específico del estudio sobre usuarios de drogas intravenosas (financiado por CONACE) permite coordinar acciones en el ámbito de prevención, diseño de políticas y atención de usuarios de drogas para ambas instituciones.

d. Componente Estrategias de enfrentamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual ETS en el país

Se encarga de promover y apoyar la implementación de políticas nacionales para responder a las ETS, mantener un sistema de vigilancia epidemiológica y llevar a cabo el plan nacional para eliminar la sífilis congénita.

Este componente aparece muy disminuido respecto de los vinculados al VIH/SIDA lo que se explica por su relativa reciente incorporación a la CONASIDA. Su principal énfasis reside en el rol

regulador y de seguimiento del Programa respecto de las ETS, básicamente a través de la disponibilidad de información relevante y oportuna, y en la creación y difusión de normas técnicas para tratamiento.

Las actividades futuras de este componente están vinculadas principalmente a la actualización de las bases de datos a través de la vigilancia por centros centinela y el monitoreo de un adecuado uso de normas de tratamiento.

A diferencia del VIH/SIDA, este componente no incorpora la adquisición de fármacos para el tratamiento de enfermos/as por lo tanto, hace una notable diferencia en cuanto al tipo de beneficiarios y los costos asociados a la ejecución del componente.

Este componente, además, lleva a cabo el Plan Nacional sobre Erradicación de la Sífilis Congénita en el país. No se tienen antecedentes sobre coberturas ni impactos específicos de este plan.

e. Componente Estrategias de Cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional

En el desarrollo de este Programa la vinculación a instancias de cooperación, tanto a nivel nacional como internacional, ha sido muy relevante para su adecuación a las nuevas formas de intervención y para el acceso a nuevas tecnologías de tratamiento y seguimiento. Las propias características del problema del VIH/SIDA que cuenta con grupos vulnerables organizados en cuanto tales, al mismo tiempo, de organizaciones de personas que viven con VIH+ y Organismos No Gubernamentales que trabajan en torno al tema, implica la existencia de una comunidad con importantes niveles de organización y conocimientos que demandan permanentemente información, servicios de calidad y actualización de diagnósticos en el ámbito de las tecnologías y nuevos tratamientos.

El tipo de proyectos y actividades para producir el componente han permitido posicionar el tema del VIH/SIDA en la sociedad chilena, principalmente a partir de 1990, generando un conjunto de eventos (nacionales e internacionales) para el intercambio, reflexión y puesta al día en torno a las distintas dimensiones del VIH/SIDA y el desarrollo de experiencias conjuntas en la región de las Américas.

Al mismo tiempo, el trabajo coordinado con redes en este campo ha sido beneficioso para las personas VVIH que no son beneficiarios/as directos/as del Programa, puesto que ha permitido la búsqueda conjunta de soluciones a la adquisición de fármacos por ejemplo, en el contexto de análisis de alternativas y coordinación de esfuerzos privados y públicos.

Los beneficiarios/as directos de este componente son básicamente el equipo de CONASIDA y los equipos locales de SIDA que han sido capacitados en las distintas actividades desarrolladas, y los indirectos son las poblaciones asignadas a los servicios de salud donde intervienen estos profesionales y técnicos.

Entre las actividades de este componente se menciona la estadía de 11 profesionales de los servicios de salud y del equipo de CONASIDA en Francia como producto de la cooperación técnica bilateral.

f. Componente Modernización de la Gestión del Programa

Este componente define su campo de acción a través del fortalecimiento continuo de una gestión modernizadora y la ejecución de compromisos de gestión de los servicios de salud.

Ambos tipos de intervención han contado con un esfuerzo sistemático e intencionado por parte del Programa, por ello se concordó con el panel incluirlo como componente.

En este ámbito los principales logros aparecen vinculados al desarrollo de un proceso de Planificación Estratégica cuyo resultado es la misión trianual del Programa y un Plan Estratégico anual. Al mismo tiempo, la metodología de la Planificación Estratégica ha sido traspasada a aquellas organizaciones y equipos que trabajan coordinadamente con el Programa, lo que constituye un avance en la autonomía de dichas organizaciones y el fortalecimiento de su capacidad para generar y gestionar proyectos de prevención.

Por otra parte, los compromisos de gestión con los servicios ha permitido al Programa institucionalizar y comprometer al personal de salud en la intervención en VIH/SIDA con propuestas, modelos y acciones coherentes con las políticas globales del programa y de manera coordinada.

Respecto de este último punto, la Unidad ejecutora ha manifestado al panel sus esfuerzos por mantener sistemáticamente el diálogo y “lobby” con autoridades de los servicios de salud, puesto que la prevención –en general en el país- no es asumida como un tipo de inversión que requiere no sólo recursos sino también permanencia en el tiempo.

3.1.2. Relación entre la Generación de Componentes y el Logro del Propósito

Los componentes producidos por la Unidad Ejecutora responden a bienes/servicios necesarios y suficientes para el logro del propósito. Cada uno de ellos ha sido diseñado y ejecutado tomando en cuenta las necesidades/demandas de los/as beneficiarios/as como elementos importantes para el desarrollo de respuestas frente a la problemática del VIH/SIDA. Al mismo tiempo, los elementos del contexto, tanto biomédicos como psicosociales han estado permanentemente en diálogo con el Programa, por lo tanto este ha contado oportunamente con adecuación e incorporación de los avances en cada uno de estos campos.

Las propuestas de políticas, proyectos y modelos de intervención incluyen tanto los diagnósticos generales para abordar integralmente el problema como la mirada específica de necesidades de grupos vulnerables o bien de métodos de intervención particulares según el grupo de beneficiarios/as que se trate. Esta doble mirada –global y particular- permite al Programa sintonizar mejor la formulación de respuestas gubernamentales para abordar la problemática del VIH/SIDA en el país. No obstante, la temática de las ETS se incorpora más recientemente al Programa, y por lo mismo, tiene un más bajo perfil en su interior respecto de los otros componentes.

Como se ha especificado anteriormente, cada uno de los componentes se evalúa como pertinente para el logro del propósito, sin embargo está pendiente la reflexión sobre la atención integral a personas con ETS que aparece en el enunciado del propósito, no obstante no se desarrollan claramente actividades que den cuenta del logro en este sentido, ni tampoco presupuesto involucrado. Tampoco se especifica si esto constituye una de las líneas de trabajo del programa, si fuera así cabría aclararlo a nivel de propósito.

3.1.3. Nivel de Logro Planificado y Real del Propósito del Programa

El propósito del programa ha sido definido como “La sociedad desarrolla procesos que promueven y facilitan la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y las personas viviendo con el VIH y ETS acceden a una atención biosicosocial”.

Respecto de los indicadores propuestos para medir el logro del propósito se encuentran aquellos que miden el impacto del programa en la tendencia de la epidemia, en el uso del preservativo como método eficaz de prevención y en la atención de personas VIH+.

Sobre el primer indicador, se ha demostrado, a través de los estudios de prevalencia que se desarrollan desde 1992 en dos poblaciones: embarazadas (de bajo riesgo) y consultantes de ETS (alto riesgo), la estabilidad de la prevalencia de la infección en el país, lo mismo en la confirmación de los exámenes y su valor predictivo positivo y en la disminución en el incremento de nuevas infecciones por VIH como se muestra en los siguientes cuadros:

Cuadro 12
Prevalencia infección por VIH en embarazadas. Años 1992 a 1999.

Regiones	1992	1993	1994	1996-7	1998-9
Metropolitana	0 % 0/2013	0 % 0/1641	0,09% 2/2093	0,12% 2/1634	0,04% 1/2002
VIII	0% 0/2021	0,09% 2/2004	0,09% 2/2002	0% 0/1963	0% 0/1978

Fuente: base de datos CONASIDA. Informe complementario para la evaluación, julio 2000.

Cuadro 13
Prevalencia infección por VIH en consultantes por ETS, Chile, 1992-1999

Regiones	1992	1993	1994	1996-7	1998-9
Metropolitana	2,46% 11/447	1,96% 8/407	1,26% 5/394	2,23% 9/403	3,49% 13/372
II	0% 0/296	0% 0/368	0,18% 1/546	0% 0/277	0,25% 1/395
V	0,22% 1/451	0,98% 4/405	0,93% 4/428	0,75% 3/400	0,50% 2/395
VIII					1,32% 5/378

Fuente: base de datos CONASIDA. Informe complementario para la evaluación, julio 2000.

La unidad ejecutora informa que los resultados no muestran variaciones con significación estadística, (aplicando test de Anova y Fisher) entre los años, lo que constituye un indicador de estabilidad en la prevalencia poblacional. Sí se encuentra diferencia estadísticamente significativa para ambos tests en los 2 últimos estudios entre la Región Metropolitana y la II y entre las regiones Metropolitana y V.

La tendencia en la confirmación de los exámenes de diagnóstico de VIH, que realiza el Instituto de Salud Pública, muestra que ésta aumenta hasta 1996, estabilizándose hasta 1998, para luego incrementar levemente en 1999. El Valor Predictivo Positivo (que depende de la prevalencia poblacional) se mantiene estable desde 1996. Por no haber cambios en las técnicas desde 1993, puede asumirse que el Valor Predictivo Positivo estabilizado desde 1996 es un reflejo de la

prevalencia en la población, lo que resulta coherente con los hallazgos de los estudios de prevalencia del VIH en Centros Centinela.

Respecto de la tendencia en las notificaciones de las infecciones nuevas por VIH en dos períodos se observa que el incremento de las notificaciones entre 1987-1992 fue de 896%, mientras que en el período 1993-1997 fue de 99.3%. Esta disminución en el incremento puede reflejar un decrecimiento de la epidemia.

Otro de los indicadores es la valorización del preservativo como estrategia eficaz de prevención. Desde el estudio de Comportamiento Sexual chileno (realizado en 5.407 personas de 18 a 69 años), se ha logrado medir el impacto de esta medida de prevención, analizando la declaración de uso por parte de quienes tomaron alguna precaución (de embarazo, de ETS/SIDA) en la iniciación sexual. El análisis se realizó por año de iniciación en tres períodos:

- antes de la notificación del primer caso de SIDA en Chile (<1985)
- después de dicha notificación pero antes de las campañas de comunicación social (1986-1990)
- después de las 4 campañas realizadas por el MINSAL (1991-1998), por sexo.

Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Cuadro 14
Porcentaje de declaración de uso por parte de quienes tomaron alguna precaución (de embarazo, de ETS/SIDA) en la iniciación sexual.

Sexo	Mujer			Hombre		
	Años de 1985	1986 -1990	1991 - 1998	Años de 1985	1986 -1990	1991 - 1998
Menciona algún método sobre total iniciados	16,7%	13,9%	22%	12,2%	10,1%	25,1%
Nota: Sólo iniciados que mencionan algún método de prevención						
Sexo	Mujer			Hombre		
Menciona Condón	23,6%	25%	61,1%	44,9%	26,5%	47,3%
Otro Método	76,4%	75%	38,9%	55,1%	73,5%	52,7%
Total Menciona	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(143)	(87)	(138)	(85)	(43)	(99)

Se ha producido un incremento estadísticamente significativo a partir de 1991, coincidiendo con el inicio de las campañas de comunicación social de prevención del SIDA.

Por otra parte, y respecto de la atención a personas VIH+ las personas atendidas como beneficiarios/as en el sistema público de salud son 3.925 personas¹⁸. La actual demanda de fármacos y tratamientos no es satisfecha en su totalidad, ya que sólo un 49,4% recibe tratamiento antiretroviral del total de personas que lo requieren, esto presiona al personal del Programa e interpela a la institución desde el punto de vista ético.

El panel considera que se ha conseguido un grado de avance importante en los componentes en el ámbito de articulación, la ejecución de propuestas y la atención de personas enfermas; ello,

¹⁸ Incluye personas en control activo y en tratamiento antiretroviral.

pese a los escasos recursos humanos y materiales de que dispone el Programa, especialmente en el componente de Prevención y Estudios.

Por otra parte, respecto de recursos allegados por el Programa durante 1999, la cifra se aproxima a los M\$ 90.486 (en pesos reales del año)¹⁹, lo que implica esfuerzos de negociación en el plano de la cooperación internacional u otros organismos públicos que no se refleja en las metas planificadas. No obstante, podríamos deducir que las negociaciones en el plano de la cooperación internacional han sido exitosas. Ello, porque a pesar que las características de la enfermedad del SIDA en Chile no lo sitúan dentro de los países prioritarios por la magnitud del problema (como los países africanos) lo que ha sido relevante para la cooperación han sido, precisamente, sus modelos de intervención en el problema; ello constituye en la actualidad, sin duda, un capital social para la población chilena.

3.1.4. Beneficiarios Efectivos del Programa

En las evaluaciones que se realizaron para el componente de prevención durante los años en que se realizaron campañas masivas se demuestra que los spots de T.V. fueron vistos por más de un 90% de los/as encuestados/as.

Respecto de las coberturas realizadas en el componente a través otras acciones de carácter preventivo se logró llegar a 105.282 personas y 297 grupos durante 1999.

De acuerdo a las cifras de personas beneficiarios/as en el sistema público de salud (3.925 personas adultas y niños/as), de las cuales 2.301 están sólo en control activo; 1501 (adultos) reciben atención de tratamiento antiretroviral de acuerdo a protocolo, es decir un 49,4% del total de adultos que tienen indicado tratamiento²⁰; y un 100% de las embarazadas VIH+ y 100% de niños/as con VIH+ reciben tratamiento antiretroviral.

El componente estudios produjo 9 de ellos en el período de evaluación del programa.

El componente estrategias de enfrentamiento de las ETS ha beneficiado a la totalidad de los servicios de salud (28) con los avances en el acuerdo y difusión de normas técnicas de tratamiento y con los nuevos procedimientos y la vigilancia epidemiológica.

El componente estrategias de cooperación internacional benefició a 11 personas de los servicios de salud que trabajan en SIDA en intercambio técnico con Francia y la firma de 3 convenios en el período (Francia, ONUSIDA y GZT de Alemania).

El componente Modernización de la gestión ha favorecido a 26 servicios de salud pública del país y el equipo de CONASIDA, así como a las organizaciones que presentan proyectos para apoyo técnico y financiero de la CONASIDA que en el período 1996-1999 fueron 782 organizaciones las cuales se fortalecen en su gestión producto del traspaso de metodologías de diseño, formulación y evaluación de proyectos sociales preventivos. Se capacitó a 1620 funcionarios de los servicios de salud en el período 1996-1999.

La información de beneficiarios/as desagregada según regiones es aún más difícil de cuantificar. El siguiente cuadro incluye sólo la información disponible para los años 1998 y 1999 puesto que los otros años se encuentra incompleta.

¹⁹ Se incluyen recursos del proyecto COSECON y aportes de CONACE para el período de evaluación (1996-1999) y se consideran los fondos otorgados no los gastados.

²⁰ El porcentaje se calculó basándose en: 1501 personas que tienen tratamiento*100/total de personas que lo requieren 3039.

Cuadro 15
Número de beneficiarios/as totales por años según regiones (a)

Regiones	1998		1999	
	personas	Grupos	personas	grupos
I Región	100	3	39	3
II Región	65	15	47	15
III Región	15	3	0	2
IV Región	47	2	21	2
V Región	69	17	40	18
VI Región	34	3	0	3
VII Región	66	2	30	1
VIII Región	459	26	0	16
IX Región	163	5	51	1
X Región	240	6	75	4
XI Región	41	1	13	2
XII Región	110	1	50	1
RM	281	48 (c)	154	37
País (b)	32	1 (d)	57	0
Total	1.722	133	577	105

- a) En el cuadro se han incluido proyectos de grupos vulnerables, capacitación a consejeros (capacitados solamente), proyectos comunitarios aprobados, medios de comunicación y directivos de SNSS capacitados, y agrupaciones de PVVIH. La información disponible ha sido clasificada según personas y grupos de acuerdo a como se encuentra la información disponible. Los datos no coinciden necesariamente con otros cuadros del presente informe puesto que el tipo de información desagregada no es la misma en los distintos cuadros, por ello se ha optado por mencionar cuál es la información desagregada según cada uno de los criterios.
- b) Incluye beneficiarios/as que no están desagregados regionalmente.
- c) Considera el programa radial como otro proyecto grupal ya que no se cuenta con número de beneficiarios/as a los cuales llega.
- d) Corresponde a trabajo de taller con equipo de salud en el país.

Gráfico 1
N° de personas y grupos beneficiarios durante 1998 según criterio de distribución regional

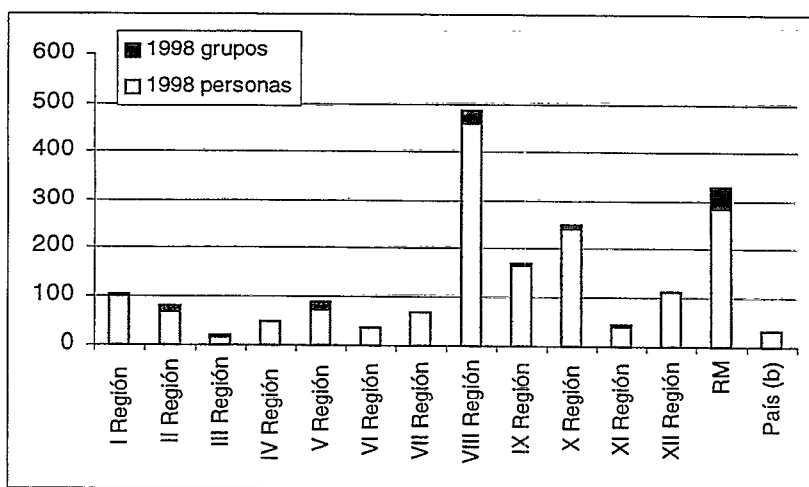
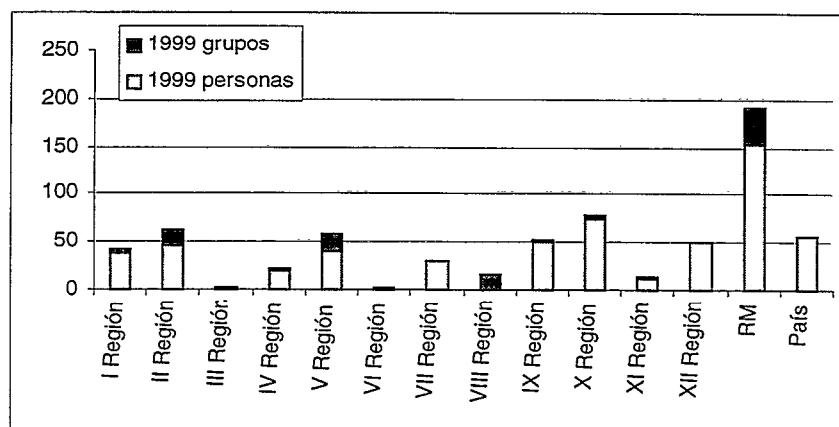


Gráfico 2
N° de personas y grupos beneficiarios durante 1999 según criterio de distribución regional



Las regiones que han sido más perjudicadas con los cambios entre 1998 y 1999 son la VIII, la III, la VI y la XI región y en el resto sus coberturas se han mantenido relativamente estables. El panel desconoce las razones que han dado origen a estos cambios, sin embargo podemos deducir a partir de los datos -solamente- que la distribución de coberturas regionales del Programa se ha deteriorado en estos últimos años de ejecución.

Respecto de la atención a personas viviendo con VIH/SIDA durante 1999 la distribución regional es la siguiente:

Cuadro 16
Distribución regional de personas adultas que reciben atención en el sistema público según tipo de atención que reciben

Regiones	N° de PVVIH adultas en control activo	N° de personas adultas que requieren tratamiento	N° de PVVIH adultas que reciben tratamiento antiretroviral
I Región	105	84	38
II Región	106	71	33
III Región	16	38	12
IV Región	72	49	32
V Región	448	357	174
VI Región	60	68	21
VII Región	92	93	39
VIII Región	111	98	37
IX Región	76	66	22
X Región	103	76	38
XI Región	7	4	2
XII Región	22	22	9
RM	2707	1993	1094
Total País	3925	3039	1501

3.1.5. Efectos Directos en los Beneficiarios Efectivos del Programa

Los beneficiarios efectivos del Programa mejoran su calidad de vida. Esto aplica a la población general que desarrolla, aunque lentamente, conductas preventivas en torno la VIH/SIDA y las ETS, pero especialmente a las personas que componen grupos de riesgo y muy especialmente a las personas que viven con el VIH. Para este particular grupo, en cuanto a los beneficiarios cubiertos por las terapias asociadas, los efectos representan no sólo mejor calidad de vida sino también tiempo de sobrevida. En los aspectos de calidad de vida, la disminución, también lenta, de la discriminación a las personas que viven con VIH juega un rol destacado.

También los medios de comunicación han sido beneficiados con información para un mejor tratamiento noticioso de los hechos vinculados al VIH/SIDA.

3.1.6. Grado de Focalización del Programa (en caso que corresponda)

Un primer criterio de focalización es aquel que enfatiza en grupos vulnerables, los cuales son determinados bajo estrictas normas técnicas, que consideran la consulta a expertos de reconocida idoneidad. De esta manera, y de acuerdo a criterios principalmente epidemiológicos, en 1998 se focalizó en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales, mujeres y jóvenes; en 1999 se focalizó en Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y usuarios de drogas. De todos modos, los grupos vulnerables siempre han constituido una especificidad en la intervención de este programa.

Un segundo criterio está determinado por la población que vive con el VIH/SIDA y que recibe atención del sistema de salud, cuya selección se realiza de acuerdo a Protocolos Terapéuticos basados en la eficacia de los tratamientos, las reacciones adversas e interacciones medicamentosas, el impacto en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, los cuales deben además considerar el uso previo de drogas y la evolución de los patrones locales de resistencia. Además se consideran aspectos psicosociales de manera de obtener una mejor equidad en la asignación de las terapias.

Un tercer criterio de focalización es aquel referido al trabajo con poblaciones donde tradicionalmente no se reconocen situaciones de riesgo de transmisión/adquisición del virus del SIDA por falta de información o problemas socioculturales como los grupos juveniles poblacionales o estudiantiles (entre el 85% de los infectados en el país tienen entre 25 y 49 años, lo que de acuerdo a las características de la enfermedad demuestra que estas personas adquirieron el virus cinco a diez años antes, es decir en la adolescencia; por otra parte, aproximadamente el 14% de los nacidos vivos son hijos/as de madres adolescentes); y también están las dueñas de casa (cerca del 50% de las mujeres enfermas de SIDA declaran haber sido infectadas por su pareja estable).

Un cuarto criterio distingue a los comunicadores del sector Salud: periodistas, relacionadores públicos o educadores para la salud que están a cargo de las oficinas o departamentos de comunicaciones y relaciones públicas de los Servicios de Salud, Seremis y organismos autónomos (como el Instituto de Salud Pública o FONASA).

Un quinto criterio obedece a distribución regional de los componentes y servicios del programa, lo cual ha estado regido básicamente por la información epidemiológica disponible y por las capacidades técnicas instaladas en el nivel regional.

3.1.7. Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

El grado de satisfacción de los beneficiarios es alto. Esta apreciación se sustenta en las evaluaciones de las múltiples actividades de nivel local y comunitario que se desarrollan a través del programa. Asimismo, los beneficiarios de las actividades de capacitación se expresan positivamente, en forma verbal y escrita, tanto en eventos nacionales como internacionales y en publicaciones con respecto a los logros del programa.

Por su parte, el panel de evaluadores ha participado en actividades académicas de diferente tipo organizadas por el Programa y respecto de ellas tiene una evaluación muy positiva respecto de los aportes del mismos en distintos ámbitos de intervención.

3.1.8. Resumen evaluativo de los logros del programa

Respecto al logro de los distintos componentes, es necesario aclarar que por la naturaleza biopsicosocial de los beneficios o productos del Programa, es muy difícil establecer niveles de magnitud en el logro del modo tradicional, de manera de abordarlos en su complejidad e interdependencia de variables o factores intervinientes. No obstante, se ha hecho un esfuerzo de identificar coberturas esperadas y cumplimiento de los indicadores consensuados, con lo cual se aprecian los avances y su pertinencia respecto de los ámbitos multidisciplinares a intervenir como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro 17
Descripción de logro según indicadores de marco lógico consensuado

PROPOSITO: La sociedad desarrolla procesos que promueven y facilitan la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y las personas viviendo con el VIH y ETS acceden a una atención biopsicosocial.

Indicadores y/o información	Comentarios sobre el nivel de logro de los objetivos
Demanda de preservativos en el país La demanda a crecido en un 136% desde 1996 a 1999.	1. Respecto de la demanda de preservativos en el país se evidencia un incremento sistemático a partir de 1991, con un aumento más acentuado entre 1996 y 1997, pasando de 5.100.000 unidades en 1996 a 13.200.000 unidades en 1997. Sin embargo se estabiliza durante 1998 y presenta un descenso durante 1999 (12.051.961). La última campaña de prevención se emitió en 1997, pudiendo asociarse a este descenso.
Prevalencia poblacional del VIH y ETS El incremento de las notificaciones entre 1987-1992 fue de 896%, mientras que en el período 1993-1997 fue de 99.3%.	2. Se ha demostrado la estabilidad de la prevalencia de la infección en el país, lo mismo en la confirmación de los exámenes y su valor predictivo positivo y en la disminución en el incremento de nuevas infecciones por VIH (desde 1992 se realizan estudios de prevalencia en dos poblaciones como son las embarazadas (de bajo riesgo) y consultantes de ETS (alto riesgo). Se encuentra diferencia estadísticamente significativa en los 2 últimos estudios entre la Región Metropolitana y la II y entre las regiones Metropolitana y V. Respecto de la tendencia en las notificaciones de las infecciones nuevas por VIH en dos períodos se observa que la disminución en el incremento puede reflejar un decrecimiento de la epidemia en el país.
% de PVVIH atendidas/ total de personas que requieren atención En 1999 se atienden un total de 4.048 personas (incluyendo niños y embarazadas), de las cuales 1.624 reciben tratamiento antiretroviral (un 49,4% de los adultos, y 100% en el caso de las embarazadas y los niños/as)	3. Considerando los altos costos de los tratamientos, y el aumento progresivo de la demanda, la cifra de cobertura de atención del programa es alta. De todos modos, no se considera suficiente principalmente por el riesgo vital a que están sometidos los pacientes que no reciben tratamiento aún cuando está prescrito desde el punto de vista médico.

COMPONENTE Estrategias de prevención desarrolladas

<p>Proporción de la población con conocimiento adecuado del VIH/SIDA En 1999 según la encuesta poblacional de CONASIDA un 93,2% de los chilenos/as conocen todos los mecanismos de transmisión del VIH y son capaces de discriminar los incorrectos.</p> <p>El conocimiento sobre la transmisión vertical del virus aumenta significativamente entre 1994 y 1996 tanto en hombres como mujeres: 33,8% de mujeres en 1994 aumenta a un 95% en 1996; un 27,5% de los hombres en 1994, lo que aumenta a un 93,8% en 1996.</p>	<p>Las cifras de 1999 demuestran significativamente el aumento ya que en 1996, según la encuesta de la OMS en 5 países de América Latina, Chile se encuentra en primer lugar (51% de la población encuestada conoce adecuadamente el problema), le sigue México (38,4%), luego Cuba (30,3%), Costa Rica (25,7%) y finalmente Rep. Dominicana (13,9%).</p> <p>El alto nivel de conocimiento de los chilenos/as sobre este tema ha estado fuertemente influido por las campañas televisivas y radiales. La campaña masiva de 1995 incluía dos testimonios de padres de niños VIH+ lo que evidentemente repercutió en las cifras de encuestas sobre conocimiento que se han realizado a la fecha.</p>
<p>N° de Campañas desarrolladas Desde 1990 se han desarrollado sólo 4 campañas de comunicación social masivas para la prevención del VIH/SIDA</p>	<p>En un primer momento, las campañas contribuyeron a informar sobre características de la epidemia, formas de transmisión y de prevención, al mismo tiempo que mantuvieron el alerta social sobre la evolución de la enfermedad en el país. Con el paso del tiempo la alerta ha disminuido, a juicio del panel se hace necesario reponerlas a lo menos cada dos años..</p>
<p>N° de llamadas anuales a FONOSIDA El número de llamadas creció en un 1.667% entre 1997 y 1999. Comenzó con 15 llamadas diarias y en la actualidad se producen un promedio de 265 llamadas diarias.</p> <p>Las llamadas por percepción de riesgo en 1999 representaron un 32% del total de consultas anuales.</p>	<p>El impacto de la campaña FONOSIDA se refleja en el aumento del uso de este servicio. Con el paso del tiempo se ha ido haciendo más efectivo y ha resuelto la necesidad de información de la población, especialmente de los jóvenes.</p>

COMPONENTE Atención a las personas que viven con VIH/SIDA.

<p>N° de personas con VIH/SIDA en control activo. Durante 1999 las personas adultas en control activo fueron 3.925</p> <p>Se considera en control activo a aquellas personas que han asistido a control a lo menos 1 vez en los últimos seis meses.</p>	<p>Las personas adultas y niños VIH/SIDA beneficiarios del sistema público reciben en la actualidad atención biosicosocial a través del control activo que considera según necesidad y protocolos: atención de consejería cara a cara, fármacos antiretrovirales, fármacos para enfermedades oportunistas, contención psicológica de los equipos de salud, exámenes específicos, seguimiento y control.</p> <p>No se dispone de información específica respecto de la cobertura de fármacos para enfermedades oportunistas en los pacientes con VIH/SIDA (se estima en un 80%), ello será posible de obtener a través del sistema de seguimiento de la atención de las PVVIH (SIGAC VIH).</p>
<p>N° de personas adultas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antiretrovirales de acuerdo al protocolo nacional/N° personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que requieren terapias antiretrovirales de acuerdo al protocolo nacional</p> <p>En 1992 se atendían 144 personas adultas con monoterapia (el 100%), en 1999 se atienden 1501 personas (49,4%)</p>	<p>Debido a las mutaciones del virus, la magnitud creciente de la epidemia y a que no se ha descubierto una droga que elimine el VIH, es que se prevee que la epidemia aumentará en los próximos años, por lo que la demanda de atención crecerá también. Por esta razón es que el panel considera muy importantes los esfuerzos en prevención, alerta social y en buscar mecanismos más eficientes para el financiamiento de los tratamientos para los enfermos/as.</p> <p>En la actualidad, CONASIDA está trabajando en un seguro catastrófico con el fin de asegurar la continuidad de los tratamientos y los avances alcanzados. Esta iniciativa contempla la compra de fármacos centralizada (por las economías de escala y precios especiales) a través del convenio ONUSIDA. El seguro deberá contener los otros elementos de la atención.</p>

<p>N° de mujeres embarazadas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público y privado que reciben atención según protocolo ACTG 076 / N° de mujeres embarazadas con VIH/SIDA que requieren tratamiento de acuerdo al protocolo ACTG 076</p> <p>Corresponde al 100% de los tratamientos prescritos a embarazadas VIH+, 44 mujeres en el país durante 1999.</p>	<p>En el caso de las embarazadas seropositivas al VIH se administra a la AZT oral a la madre a partir de la semana 14 de embarazo. AZT inyectable durante el parto y AZT en jarabe al recién nacido y durante las primeras 6 semanas de vida. De esta manera se ha prevenido la transmisión vertical del virus.</p>
<p>N° de niños con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público y privado que reciben atención según protocolo / N° de niños con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público y privado que requieren atención según protocolo</p> <p>Corresponde al 100% de los tratamientos prescritos a niños VIH+, 79 menores en el país durante 1999.</p>	<p>La atención de niños/as es una estrategia que permite aumentar la sobrevivencia de los menores y mejorar su calidad de vida.</p>

COMPONENTE: Estudios realizados

<p>Difusión de estudios epidemiológicos en 100% de servicios de salud pública</p> <p>Anualmente se distribuyen 2500 boletines epidemiológicos trimestrales en el país, lo que incluye el 100% de los servicios de salud del Sistema</p>	<p>La difusión de estudios es muy importante para informar a las autoridades del Gobierno, del MINSAL, de los Gobiernos regionales y locales, a parlamentarios, a centros de documentación de universidades y estudios superiores, a organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema SIDA, a asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA, profesionales de la Salud y de otras disciplinas que trabajan en el tema SIDA</p>
<p>N° de estudios comportamentales disponibles</p> <p>En el período de evaluación la CONASIDA ha desarrollado 8 estudios comportamentales.</p>	<p>En estos momentos se encuentra terminado el estudio COSECON y se están realizando los análisis de la información para estar disponible próximamente sus resultados. Este es el primer estudio sobre sexualidad realizado en el país con estas características.</p> <p>No obstante, la CONASIDA ha desarrollado otros estudios vinculados al desarrollo de políticas y diseño de estrategias más eficaces de intervención con grupos de riesgo específicos, tales como población travesti que ejerce el comercio sexual; usuarios de drogas intravenosas (financiada por CONACE); trabajadoras sexuales y población homosexual.</p>

COMPONENTE: Estrategias para el enfrentamiento de las ETS en el país

<p>% de personas con ETS atendidas/Total de personas con ETS notificado</p>	<p>No se dispone de información sobre este indicador. Dado que el primer año de incorporación de este componente se ha dedicado a la organización del sistema de vigilancia epidemiológica, a futuro se contará con la información para evaluar este indicador</p>
<p>N° de boletines epidemiológicos realizados/N° de boletines epidemiológicos programados</p> <p>Durante 1999 se realizaron 2 boletines, uno cada semestre.</p>	<p>En 1999 se distribuyeron 500 ejemplares de cada uno de los boletines epidemiológicos de ETS.</p>

COMPONENTE: Estrategias de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional

<p>N° de convenios de cooperación técnica internacional del Programa aprobados/N° de convenios presentados</p> <p>Durante el período de evaluación se desarrollaron y firmaron 3 convenios de cooperación, es decir el 100% de los proyectos presentados.</p>	<p>Los convenios se refieren a cooperación bilateral con Alemania, con Francia y al proyecto ONUSIDA.</p> <p>Estos convenios han permitido ha CONASIDA la capacitación técnica de los equipos que trabajan con personas VVIH y han financiado estudios específicos.</p>
<p>% del presupuesto del Programa financiado con cooperación internacional</p> <p>Corresponde a un 1% del total de financiamiento del Programa en el período, lo que equivale a M\$ 90.486 pesos.</p>	<p>Los recursos allegados al programa, pese a que tienen un peso relativo muy bajo en el total del presupuesto del período, han sido importantes desde dos puntos de vista: su sistematicidad en el tiempo y el componente técnico asociado. Esto ha permitido a nuestro país capacitar a sus funcionarios, intercambiar información relevante con la comunidad científica internacional y posicionar a Chile entre los países del proyecto ONUSIDA que permitirá en el futuro mediano negociar precios para la compra de fármacos para tratamiento antiretroviral.</p>
<p>Participación en redes de Cooperación</p> <p>Chile participa en la actualidad en 4 redes de cooperación técnica internacional</p>	<p>Las redes son: Grupo de cooperación técnica horizontal en la región de América Latina; Red de epidemiólogos en VIH/SIDA de Latinoamérica y El Caribe (EPIMAP); Red Latinoamericana de reducción del daño (RELARD), y Red de mejores prácticas en consejería y comunicación social en VIH/SID de Latinoamérica y El Caribe (ONUSIDA). La participación en redes se justifica por las mismas razones técnicas del indicador anterior.</p>

COMPONENTE: Gestión modernizada

<p>Planificación Estratégica del Programa</p> <p>Desarrollo de un Plan anual estratégico por parte del equipo.</p> <p>Un aspecto que contribuirá a la gestión moderna del Programa es el Sistema de seguimiento de la atención de las PVVIH (SIGAC-VIH) que servirá como insumo para la planificación y evaluación del componente atención del Programa.</p>	<p>El programa realiza año a año un proceso de planificación estratégica que se cristaliza en el Documento de Plan anual de la CONASIDA y contiene el conjunto de compromisos, presupuestos y distribución de responsabilidades para el año en curso.</p>
---	---

3.2. Conclusiones sobre la Eficacia del Programa

El panel considera que la población chilena y en particular la población afectada directamente por la problemática del VIH/SIDA ha mejorado su calidad de vida gracias al aporte del programa, cual es su propósito general.

Los principales logros del Programa están referidos a:

- a. **Impacto en las actitudes de las personas frente a la percepción del VIH/SIDA y a la no discriminación:** a través de encuestas²¹ se aprecia un incremento en la autopercepción de riesgo de los encuestados, desde un 6,9% en 1991 a un 28,2% en 1994. Lo mismo se reafirma con el análisis de llamadas a FONOSIDA, de las cuales un 32% son por percepción de riesgo en 1999. Acerca de la discriminación de personas VIH, el estudio COSECON (1998) demostró que un 75% de los encuestados aceptaría

²¹ TIME, 1991 y MERCOP, 1994.

- trabajar o estudiar con PVVIH y un 53% enviaría a sus hijos/as a un colegio donde asisten niños infectados, estas cifras son consideradas altas con relación a mediciones anteriores.
- b. Impacto en la información (conocimiento) que manejan las personas acerca de las formas de transmisión y medidas de prevención:** Los resultados de la encuesta de la OMS(1996) situaban a Chile en el primer lugar de 5 países de América latina con un 51,5% de conocimientos adecuados, le seguían México (38,4%), Cuba (30,3%), Costa Rica (25,7%) y Rep. Dominicana (13,9%). Esta diferencia entre países es significativa puesto que Chile, Costa Rica y Cuba tienen indicadores habitualmente de gran similitud en el área de salud.
 - c. Impacto obtenido en la tendencia de la epidemia:** Está demostrado a través de la estabilidad en la prevalencia poblacional de la enfermedad, en la confirmación de los exámenes y su valor predictivo, y en la disminución en el incremento de las notificaciones nuevas de infecciones VIH. Los resultados son coherentes con los cambios observados a través de los estudios de conocimientos, actitudes y comportamientos realizados en el país.
 - d. Impacto en la valorización del condón como estrategia eficaz de prevención:** antes de 1985 un 23% de las mujeres y un 44% de los hombres mencionaba el condón como método de prevención. Entre 1991 y 1998 las cifras aumentaron a un 61% de las mujeres y 47% de los hombres. Respecto de la demanda de preservativos en el país se evidencia un incremento sistemático a partir de 1991, con un aumento más acentuado entre 1996 y 1997, pasando de 5.100.000 unidades en 1996 a 13.200.000 unidades en 1997. Sin embargo se estabiliza durante 1998 y presenta un descenso durante 1999 (12.051.961). La última campaña de prevención se emitió en 1997, pudiendo asociarse a este descenso.
 - e. Impacto de los programas preventivos en poblaciones más vulnerables:** a través de las llamadas a FONOSIDA se logra apreciar que durante 1999 las llamadas por percepción de riesgo de adolescentes (15 a 19 años) fueron un 23,3%, y un 45,5% de las llamadas de los jóvenes entre 20 y 24 años. Entre los hombres sexualmente activos que llaman, un 23% declaran ser hombres que tienen sexo con hombres, demostrando una focalización del acceso a este medio por parte de población de mayor vulnerabilidad.
 - f. Impacto en la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA:** El análisis de la tendencia de las notificaciones de casos SIDA por año de diagnóstico en dos períodos muestra que el incremento fue de 412% entre 1987-1992 y de 113% entre 1993-1997. Esta disminución en el incremento refleja una mejoría en la calidad de vida de las personas, permaneciendo por más tiempo asintomáticas, por efecto de las terapias antiretrovirales. Esto implica que puedan vivir más tiempo, con posibilidades de desarrollo de vida personal y social normales, y por ende que las condiciones de discriminación también se reduzcan. Sin embargo, las desigualdades en el acceso a estos fármacos y a la asistencia necesaria para el control de la enfermedad se profundizan a través del tiempo, debido básicamente a la relación que se produce en el aumento de los enfermos, carestía de los fármacos y exclusión de los tratamientos en los seguros privados de salud, lo que provoca un impacto familiar y social.
 - g. Otros impactos del Programa:** ha logrado posicionar el tema del VIH/SIDA en nuestro país y generar políticas públicas adecuadas a su tratamiento. Se estima que, por un lado, el Programa ha producido información masiva y específica que permite la internalización y uso de lenguaje utilizado en las campañas; la percepción del SIDA como un problema social; el incremento de la conciencia de riesgo personal no como problema exclusivo de homosexuales; el SIDA se instala en las relaciones sociales como un elemento de comunicación.

Aún cuando en Chile, la enfermedad ha afectado principalmente a hombres homosexuales y bisexuales, se trata posiblemente de la primera etapa de la epidemia. Se puede pensar que en el

futuro próximo el virus se manifestará de manera creciente en la población heterosexual, en mujeres, en niños y en jóvenes. Por lo tanto, resulta indispensable dirigir las tareas de prevención, en relación a las prácticas de riesgo, a la totalidad de la población y no sólo a determinados grupos.

Al mismo tiempo, con el desarrollo de la epidemia, ha surgido el problema de discriminación hacia los portadores de VIH y los enfermos de SIDA, por lo cual se justifica una acción específica en el plano de la defensa de los derechos humanos de los infectados y la socialización de un discurso público solidario.

No obstante todo lo anterior, el panel considera que es preciso tener en cuenta al menos dos factores que –según las evaluaciones realizadas por empresas independientes de estudios de opinión- han estado presentes en los últimos años: ha disminuido la alerta social en la población, de allí que el SIDA, para la opinión pública, aparece como una epidemia controlada y, la existencia en nuestro país de conductas que dificultan la adopción de medidas de prevención (en los hombres la inconsistencia conductual los hace creer que su impulso sexual es incontrolable y, por tanto, no pueden negarse a tener relaciones sexuales; en las mujeres, vergüenza y temor de plantear inquietudes y aprensiones en una relación íntima). Por estas razones el panel considera necesario mantener la persistencia de los mensajes en un ritmo que asegure niveles de impacto social y personal, por lo tanto, recomienda reponer las campañas masivas en el corto plazo.

Respecto de la focalización, podemos decir que el Programa ha ocupado criterios de focalización basado principalmente en la vulnerabilidad de las personas respecto del problema que aborda. En este sentido, al panel le parece pertinente tratar focalizadamente y con metodologías específicas a los distintos grupos con mayor riesgo frente al VIH/SIDA y las ETS. Por otra parte, los criterios de focalización regional se consideran adecuados y sus variaciones en el tiempo obedecen a restricciones presupuestarias.

Con todo lo anterior, el programa ha producido oportuna y eficazmente sus componentes en la medida que fue evaluando distintas estrategias en función de las necesidades de la población beneficiaria a través de estudios, asesorías y diálogos con la comunidad nacional e internacional experta en el tema, así como con los propios afectados por el problema, por lo tanto ha podido lograr su propósito y su fin.

3.3. Recomendaciones sobre la Eficacia

La eficacia del programa podría mejorar significativamente si se incorporara una campaña de comunicación masiva periódica (se sugiere a lo menos cada dos años), dirigida a mantener la alerta social respecto al problema y a profundizar en el proceso de cambio de hábitos de la población respecto al problema del VIH/SIDA. Cabe hacer notar que la última actividad de esta naturaleza se efectuó en 1997 y representó la cuarta campaña de un ciclo iniciado en 1993. Dada la eficacia de este tipo de campañas en lo que respecta a incrementar la alerta ciudadana respecto al problema del VIH/SIDA y considerando que la preocupación ciudadana puede disminuir si los esfuerzos comunicacionales no se sostienen en el tiempo, es preocupante comprobar que no se hayan realizado nuevas campañas en los tres últimos años. No se aprecian actividades prescindibles entre las que actualmente realiza el programa para cumplir con los componentes del mismo.

4. EFICIENCIA DEL PROGRAMA

4.1. Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia del Programa

4.1.1. Organización de actividades e identificación de actividades que no se llevan a cabo en la actualidad y que podrían mejorar la eficiencia del programa.

Las actividades diseñadas para la generación de componentes se consideran adecuadas y se han realizado dentro de los plazos correspondientes.

4.1.2. Alternativas más eficientes para alcanzar los mismos resultados

Una alternativa teóricamente más eficiente para alcanzar resultados similares o mejores en materia de tratamiento dice relación con el traspaso de los recursos destinados a drogas antivirales a los servicios de salud en los que se atienden los pacientes. De esta manera, la gestión central del programa pasaría a dedicarse fundamentalmente a la supervisión de la entrega de tales tratamientos y a las acciones dirigidas a mejorar el acceso de Chile a condiciones más ventajosas de precio y calidad de medicamentos, lo que permitiría una mayor dedicación de los esfuerzos de los técnicos especializados de CONASIDA a las acciones preventivas y a la vinculación del programa con la comunidad organizada en aquellos aspectos propios del nivel central. Los pacientes y sus organizaciones se relacionarían con los servicios de salud directamente, lo que haría más eficientes las acciones dirigidas a mejorar el acceso de los pacientes a las terapéuticas.

4.1.3. Duplicidad de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias.

El programa se coordina adecuadamente con los esfuerzos gubernamentales del área educativa en materias de salud sexual y reproductiva, fundamentalmente con aquellos desarrollados por el Ministerio de Educación y por el mismo Ministerio de Salud. El programa actúa a través de la red de Establecimientos y Direcciones de Servicio del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), en los que existen encargados de SIDA y ETS que se constituyen en referentes del nivel central del Ministerio de Salud, que alberga a la Comisión Nacional del SIDA. La reciente incorporación del programa de ETS a CONASIDA ha significado una mejoría de esta coordinación y un uso más eficiente de los recursos. La integración de todos los sectores gubernamentales interesados en el tema como miembros del consejo directivo de la CONASIDA, significa un respaldo importante para las acciones intersectoriales que la comisión desarrolla (Educación, Gendarmería, FFAA, Justicia, etc.).

4.1.4 Análisis de Costos

Para el año 2000, CONASIDA cuenta con M\$ 2.957.911, lo que representa un 5.33% del presupuesto asignado al programa 04 del Ministerio de Salud (Campañas Sanitarias). El presupuesto de este programa se dedica a las acciones de manejo centralizado que se dirigen al control de problemas de salud pública relevantes, tales como Inmunizaciones, Enfermedades Crónicas, Cáncer, Accidentes y Violencias, Tuberculosis, Enfermedades Emergentes, Enfermedad de Chagas, Salud Mental, etc. El presupuesto de CONASIDA tiene una gran importancia relativa dentro del rubro de acciones de salud pública dirigidas al control de problemas cuya significación en términos de Magnitud, Trascendencia, Vulnerabilidad y Costos de las intervenciones dirigidas a su control son mayores que el VIH/SIDA.

A este hecho contribuye el peso desmedido de los insumos de farmacia en el programa, tema que abordaremos más adelante.²² Como comparación ilustrativa, vale la pena destacar que, en 1998, el presupuesto del Programa de Inmunizaciones, que es responsable del control de la totalidad de las enfermedades inmunoprevenibles para el 100% de la población, tuvo un presupuesto de M\$ 4.451.539. CONASIDA aparece, entonces, como una inversión extraordinariamente relevante en el rubro de campañas sanitarias, dado el peso relativo de las drogas antivirales en su presupuesto.

La evolución del presupuesto de CONASIDA en el periodo 1996-2000 se presenta en el anexo 2 y se resume en la tabla siguiente:

Cuadro 18
Presupuesto y gasto total del programa 1996-1999 (Miles de pesos actualizados)

Año	Presupuesto total	Incremento	Gasto total	Gasto/Presupuesto
1996	1.132.584		1.111.116	98%
1997	2.262.142	100%	2.169.507	96%
1998	2.588.987	14%	1.690.482	65%
1999	3.213.767	24%	3.150.738	98%
2000	2.957.911	-8%	-	

Nota: los años respectivos incluyen presupuesto allegado y gasto por proyecto COSECON y CONACE.

Los principales comentarios a la evolución presupuestaria del programa entre 1966 y el presente son los siguientes:

- Entre 1996 y 1997 se aprecia una duplicación del presupuesto asignado (de M\$ 1.132.584 a M\$2.262.142, lo que representa un 100 % de aumento real). El incremento se explica por la introducción de las terapias antivirales para tratamientos asociados, lo que correspondía al conocimiento existente a la sazón respecto a terapéuticas efectivas para detener la progresión de la enfermedad. El incremento de presupuesto observado entre 1998 y 1999 es solo aparente, ya que refleja el traslado a ese año de compromisos de pago de insumos (drogas antivirales) correspondientes al año anterior. Este hecho explica también el aparente menor gasto que se observa para el año 1998. El gasto es cercano al cien por cien del presupuesto asignado para todos los años analizados. Las proyecciones de gasto para 2000 apuntan en la misma dirección.
- A partir de 1997, los incrementos en el presupuesto, si bien menores, siguen reflejando el peso del tratamiento antiviral en el total de recursos asignados al programa. El cuadro 18, muestra el peso relativo del componente 2 (Atención a personas que viven con VIH/SIDA), rubro en que se incluye las drogas, en el gasto de los años 1998 en adelante.

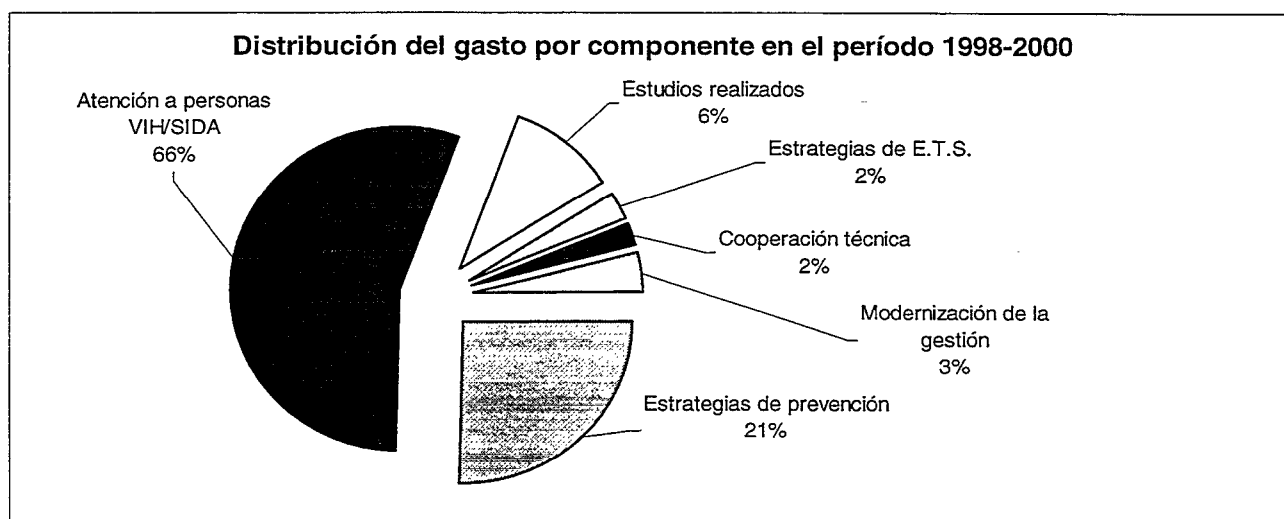
²² Ver el Capítulo 7. Sostenibilidad futura del programa.

Cuadro 19
Importancia relativa de los componentes en el gasto del programa

Componentes	1998	%	1999	%	2000 (*)	%	Período	
	M\$		M\$		M\$		%	M\$
Estrategias de prevención	426.483	25	453.018	14	720.535	24	21	1.600.036
Atención a personas VIH/SIDA	939.224	56	2.437.404	77	1.790.804	61	66	5.167.432
Estudios realizados	174.025	10	100.169	3	193.383	7	6	467.577
Estrategias de E.T.S.	47.712	3	16.806	1	79.505	3	2	144.023
Cooperación técnica	36.617	2	59.720	2	64.227	2	2	160.564
Modernización de la gestión	66.421	4	83.621	3	109.457	4	3	259.499
Total	1.690.482	100	3.150.738	100	2.957.911	100	100	7.799.131

Nota: Incluye gastos administrativos y recursos allegados por cooperación técnica.

- Entre 1998 y 2000, el peso relativo de las drogas antiretrovirales en el gasto de CONASIDA ha pasado de un 56% a un 61%, y en 1999, este componente representó un 77% del total de recursos del programa. En el conjunto del trienio, el componente de atención a las personas que viven con el VIH ha representado un 66% del gasto de CONASIDA. De acuerdo a lo informado en el Marco Lógico, CONASIDA está financiando estas terapias para una proporción de los pacientes y portadores adultos que equivale al 49,4% de las demandas, por lo que es esperable que la importancia relativa del presupuesto de drogas aumente aún más en el futuro.
- Es necesario destacar, en materia de evaluación de la tendencia futura de los costos de mayor impacto en el programa, que la acción de CONASIDA en el plano internacional ha significado la inclusión de Chile en el grupo de países que se beneficiarán de los programas de ONUSIDA dirigidos a abaratar el costo de los tratamientos antivirales, por lo que es posible estimar una mayor eficiencia del componente de atención integral en el futuro próximo.



- En el 2000, el presupuesto del componente 1 (Prevención), crece significativamente, dada la intención de desarrollar este año una campaña masiva de comunicación que permita mantener la alerta de la población respecto al problema del VIH/SIDA y profundizar en el logro de cambios positivos en los hábitos de la población en relación con el tema. La asignación presupuestaria real para este fin es de M\$ 200.000, lo que permitirá un esfuerzo comunicacional de menor envergadura a lo requerido para llegar al conjunto de la población. Los recursos se destinan este año al financiamiento de esfuerzos regionales de educación dirigida a la prevención del VIH-SIDA en las Regiones I, II, V, VIII y Metropolitana.
- Entre 1999 y 2000 el gasto en el componente 6 aumenta por la inclusión en el 2000 de recursos para solventar gastos de contraparte correspondientes al proyecto de cooperación con el Gobierno de Francia para la realización de la encuesta COSECON²³. Se refleja también este año el aumento de remuneraciones del sector público aprobado a fines de 1999.
- No es posible hacer un análisis detallado del gasto del programa por regiones, salvo en lo que respecta a las transferencias a los Servicios de Salud que ejecutan acciones de prevención o de vigilancia epidemiológica sobre la base de proyectos convenidos con la dirección de CONASIDA. En estas áreas, las transferencias reflejan la intensidad de las acciones definidas para cada territorio, las que son coherentes con la magnitud del problema en cada una de las regiones.
- El programa tiene como fuente de financiamiento fundamental el aporte fiscal. Los fondos de la cooperación internacional aparecen como poco relevantes si se comparan con el presupuesto global del programa pero permiten desarrollar un esfuerzo muy importante en materia de conocimiento de las conductas, actitudes y prácticas desarrolladas por la población con relación al problema del VIH/SIDA y al manejo de su sexualidad (encuesta COSECON).

En lo que respecta a costos por beneficiario de los componentes más importantes, puede señalarse que CONASIDA financió en 1999 un total de 1.624 tratamientos antivirales, de los cuales el 50% son bi-asociados y el 50% tri-asociados²⁴. El costo per cápita promedio anual del tratamiento en 1999 fue de \$1.102.712²⁵. Este costo es uno de los más altos entre las intervenciones farmacológicas financiadas por el Estado en Chile. A manera de comparación extrema, el costo per cápita anual por beneficiario del programa ampliado de inmunizaciones fue estimado en alrededor de \$1.200 en 1998²⁶. Una comparación más razonable, con una intervención farmacológica de alto costo, puede hacerse con el tratamiento inmunosupresor de los pacientes receptores de transplante renal, el que para el año 2000 se estima en \$2.793.170 por persona, por parte del FONASA²⁷.

En lo que dice relación con el componente preventivo, si se divide el costo de una campaña comunicacional masiva via televisión abierta, estimado en M\$ 800.000 por la población beneficiaria potencial (población chilena mayor de 15 años), el costo per cápita anual sería de aproximadamente \$64, lo que el panel considera bajo considerando los impactos biomédicos, económicos y sociales que tiene para la población el aumento de la epidemia.

Los gastos de personal se encuentran dentro de márgenes razonables. El cuadro 20 muestra su evolución en el período 1998-2000.

²³ Encuesta poblacional de sexualidad y VIH/SIDA

²⁴ CONASIDA, Antecedentes para la evaluación del programa.

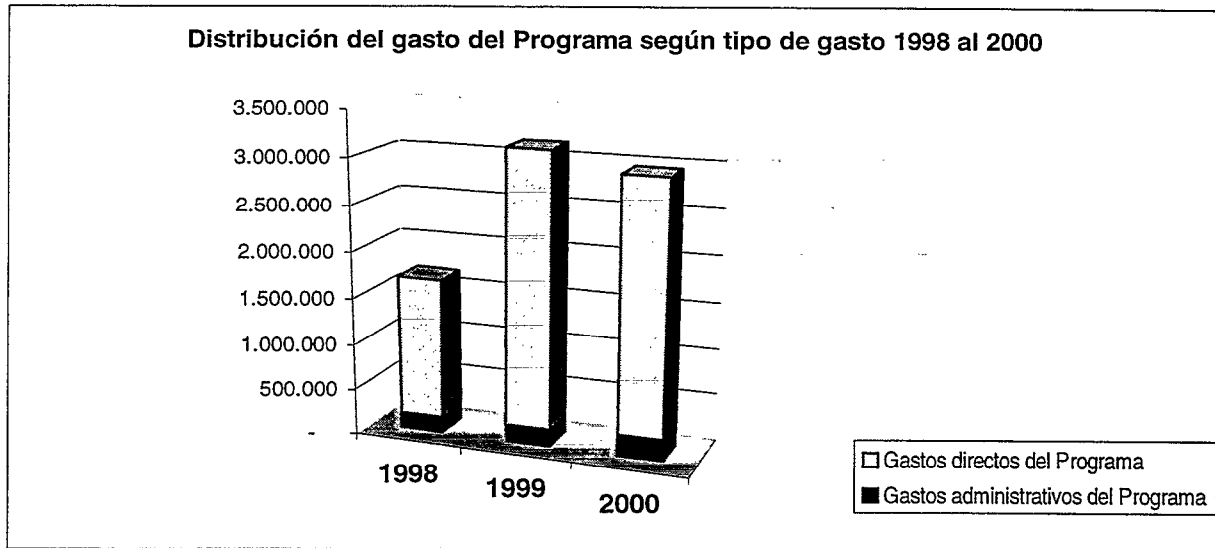
²⁵ Se calculó del siguiente modo $1.790.804.392$ (correspondiente al gasto total del componente atención) / 1624 (personas que reciben tratamiento antiretroviral).

²⁶ DIPRES, Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. 1999.

²⁷ DIPRES, Evaluación del Programa de Atenciones Complejas de FONASA. 2000 (En preparación)

Cuadro 20
Evolución de los gastos del Programa CONASIDA según tipo de gastos. 1998-2000

Tipo de gastos	1998		1999		2000	
Gastos administrativos del Programa	166.750	10 %	186.607	6 %	224.115	8 %
Gastos directos del Programa	1.523.732	90 %	2.964.131	94 %	2.733.796	92 %
Gastos totales del programa	1.690.482	100 %	3.150.738	100 %	2.957.911	100 %



4.1.5. Condiciones para una eventual recuperación de costos

Los mecanismos a utilizar para posibilitar la recuperación de costos están asociados con las características de la protección social en salud de los beneficiarios del programa. En lo que respecta a atención integral, las posibilidades de recuperación de costos son mínimas en el actual esquema de seguros de salud del país. La totalidad de los pacientes atendidos son beneficiarios del FONASA y caen en la categoría de gratuidad. Por tratarse de una enfermedad catastrófica, el VIH/SIDA tiene hoy escasa cobertura en el sistema de seguros privados de salud, por lo que la recuperación de costos no es posible si no media una reforma sustancial del actual esquema de financiamiento del sistema de salud.

En materia de prevención, es concebible el desarrollo de esfuerzos que posibiliten un mayor aporte del sector privado, especialmente de los aseguradores de salud para el desarrollo de programas educativos dirigidos a los segmentos medios de la población. Sin embargo, es necesario puntualizar que este esfuerzo nacional constituye claramente un bien que debe ser tratado como público y, por ende, financiado a partir de los fondos generales de la nación. La nueva legislación de FONASA contribuye a clarificar esta situación, en la medida en que separa un presupuesto específico para el financiamiento de este tipo de bienes de salud, lo que hará aún más necesario en el futuro la separación de las acciones terapéuticas de las propiamente de salud pública en el presupuesto de CONASIDA.

4.2. Conclusiones sobre la Eficiencia del Programa

El programa en 1999 gasta un 94% de los recursos asignados en acciones directas sobre las personas en los componentes de prevención, atención a personas viviendo con VIH/SIDA y ETS, por lo que puede considerarse de alta eficiencia. Si se agrega a estas acciones directas los componentes de estudios y de cooperación internacional, que en la práctica apuntan ambos a mejorar el conocimiento existente para apoyar la toma de decisiones al interior del programa, el grado de eficiencia es aún mayor. Visto desde la perspectiva de la proporción de recursos que se gastan en administración del programa, la cifra es de 6% del presupuesto total en el año 1999 lo que parece adecuado a la cuantía y calidad de las acciones y al monto de recursos involucrados.

Con relación a la distribución del gasto en componentes de distinto grado de efectividad para el control del problema del VIH/SIDA, es necesario insistir en la proporción de recursos que se invierten en tratamientos antivirales respecto a los que se destinan a acciones preventivas. Como se señala más adelante, la revisión de las formas de asignación de los recursos destinados a tratamiento a los servicios de salud cobra importancia precisamente porque la eficiencia global del programa debería ser juzgada en términos de la costo-efectividad comparada de los componentes más importantes para el fin declarado de "contribuir a mejorar la calidad de vida de la población".

Al respecto, es de particular interés señalar que el hecho de haber incorporado el programa chileno a la cooperación internacional ONUSIDA, a pesar de no encontrarse el país en las condiciones alarmantes de otros países, representa un enorme ahorro en el costo de las drogas del componente "atención a las personas que viven con VIH/SIDA". Ello puede, incluso, abarataarse en el futuro, lo que puede ser de trascendencia, dado que es el componente más caro del programa. Cabe recalcar que la participación de Chile en el programa ONUSIDA representa un reconocimiento de la comunidad científica internacional a los lineamientos técnicos y filosóficos de éste.

4.3. Recomendaciones sobre la eficiencia

La eficiencia de un programa de salud dirigido al control de un problema sobre el que es necesario actuar en distintos niveles de prevención, requiere de una clara definición respecto a las acciones que resultan más efectivas en el corto y en el mediano plazo. Con relación al VIH/SIDA, el accionar de CONASIDA ha logrado contribuir significativamente a la sensibilización de la población chilena respecto al tema. Pese a que no es posible atribuir exclusivamente al programa la detención de la curva de progresión en la incidencia de la enfermedad que es posible apreciar desde 1996, es altamente posible que los mensajes educativos masivos y las acciones preventivas dirigidas a grupos específicos hayan contribuido significativamente a este resultado.

Es por ello que, como se ha señalado reiteradamente en el curso de este informe, resulta esencial profundizar en las acciones preventivas, por lo demás de menor costo, separando claramente su financiamiento del destinado a la adquisición de drogas antiretrovirales. El traslado de este último costo al programa de complejas de FONASA permitiría dedicar los esfuerzos de CONASIDA a las acciones más eficientes.

Dado que la intervención terapéutica se hace sobre pacientes que forman parte de los referentes que colaboran con CONASIDA en la educación dirigida al cambio de actitudes de la población y dado que estos grupos deben ser objeto de protección dirigida a reducir la discriminación que no solo atenta contra sus derechos humanos básicos sino que atenta contra la generación de actitudes positivas hacia la prevención, CONASIDA no debería apartarse de la acción

terapéutica, reservando para sí la coordinación con FONASA, la supervisión de la entrega adecuada de los tratamientos en los servicios de salud y la relación orgánica con los grupos de personas viviendo con VIH/SIDA.

Con relación a otros aspectos relacionados con la eficiencia del programa parece deseable que CONASIDA adquiriera mayor autonomía en cuanto centro de costos que sea el referente del Ministerio de Salud en la relación con la DIPRES para los efectos de gestionar el presupuesto anual de la comisión. La experiencia de conformar un marco lógico como el utilizado en la presente evaluación debería ser aprovechada con el fin de que en futuros ejercicios pueda calcularse con precisión los costos por beneficiario de cada uno de los componentes del programa, lo que solo ha sido factible muy parcialmente en esta evaluación. De esta manera será posible tomar decisiones acerca de prioridades considerando la eficiencia de las intervenciones en forma más precisa. Dada la gran cantidad de información de buena calidad sobre los resultados del accionar de CONASIDA, al menos en lo que respecta a los procesos, es factible esperar un perfeccionamiento significativo del accionar de la comisión al agregar el componente financiero a cada una de las acciones.

Dadas las características del problema de salud abordado por el programa, no resulta posible concebir alternativas para alcanzar similares resultados. La mayor parte de los países han estructurado programas dirigidos al control del VIH/SIDA con coordinación central de las acciones de los mismos, y no se conocen experiencias que pretendan similar control por la vía de acciones de otra naturaleza. Más que alternativas, es posible considerar modificaciones del actual programa que incorporen con mayor fuerza a sectores no gubernamentales con y sin fines de lucro a las acciones del mismo. La industria farmacéutica, por ejemplo, podría colaborar con mayor intensidad al financiamiento de campañas educativas, como colaboración con los esfuerzos gubernamentales. Algo similar puede señalarse respecto al sector privado asegurador, el que podría contribuir mayormente al desarrollo de un programa que se hace cargo de la totalidad de la población en materia de tratamiento. Cualquier aporte adicional al financiamiento estatal específico debería incorporarse al mismo evitando la pérdida de control de la gerencia centralizada del programa.

La generación de un compromiso de desempeño específico en materia de administración de terapias antivirales a los pacientes beneficiarios de cada uno de los servicios y la generación de una partida presupuestaria específica para el rubro drogas, protegería del riesgo de dilución de los recursos dirigidos a tratamiento en el conjunto de demandas de los servicios. Es posible pensar además en una extensión del presupuesto de intervenciones complejas de FONASA para incluir el tratamiento de VIH/SIDA, el que cumple con las características básicas de las intervenciones que se incluyen en este último programa.

5. NIVEL DE LOGRO DEL FIN DEL PROGRAMA

5.1. Análisis de Aspectos relacionados con el Nivel de Logro del Fin del Programa

5.1.1. Contribución del Programa al Logro del Fin y Tipo de Evaluación para medir el Nivel de Logro

El fin del Programa, contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, es difícil de aislar en cuanto a su logro de la contribución de otros programas que comparten dicho objetivo. Sin embargo, a juicio del panel, es posible que ello se esté consiguiendo, ya que existen diversos estudios en torno al programa que dan señales en este sentido. Entre ellos se puede mencionar un análisis realizado por investigadores de la Universidad Católica a partir de las estadísticas de FONOSIDA, que muestran que esta instancia representa una fuente de información de alta credibilidad a la cual se recurre para mejorar el conocimiento sobre el tema sólo por curiosidad intelectual como también frente a una crisis. Las características de los consultantes muestran que se está llegando a grupos de riesgo y también a población general con información preventiva.

Estudios cualitativos aportan en esta esfera del conocimiento.

5.1.2. Cambios Producidos en Grupos no Identificados Inicialmente

Dado que los aspectos preventivos están destinados a toda la población, se puede considerar que la totalidad de los chilenos son beneficiarios del programa. Sin embargo se puede señalar que aún cuando las acciones orientadas a la prevención están destinadas a la población mayor de 15 años éstas han llegado a niños menores de esa edad, especialmente escolares que consultan, por ejemplo a FONOSIDA, con objeto de realizar alguna tarea; esta información, juicio del panel, representa una buena instancia educativa, dada la calidad de los operadores de FONOSIDA.

5.1.3. Efecto no planeado del Programa en áreas como institucional, ambiental, tecnológico, entre otros

Se considera relevante, en el área institucional, el que el modelo de acción de CONASIDA haya sido reconocido por organismos de cooperación internacional, como un modelo válido que amerita su incorporación al programa ONUSIDA con la consecuente reducción del costo del, de suyo caro, esquema terapéutico poliasociado.

6. CONTINUIDAD DE LA JUSTIFICACIÓN

6.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Continuidad de la Justificación del Programa

6.1.1 Validez de la Justificación Original y Pertinencia de los Objetivos del Programa

La ejecución del programa sigue siendo compatible con las prioridades de desarrollo del país. La justificación inicial sigue siendo válida, así como lo siguen siendo sus objetivos.

Debido a las mutaciones que presenta el virus VIH y la magnitud de la epidemia, y a que no se ha descubierto una droga que elimine el VIH de su reservorio intracelular y curativo es que la comunidad científica internacional está desarrollando permanentemente investigaciones y estudios que lleven por un lado el descubrimiento de vacunas y protocolos terapéuticos que eviten la multiplicación del virus VIH, y controlen la epidemia. Esto ha ocurrido desde su descubrimiento, y en este dinamismo es que se han basado las estrategias del Ministerio de Salud expresadas específicamente en la revisión periódica y actualización de Protocolos Terapéuticos y adecuación de los proyectos en desarrollo. No se vislumbra una vacuna preventiva en los próximos 5-10 años (XIII CONFERENCIA INTERNACIONAL DE SIDA, julio del 2000).

Estos elementos acerca de la tendencia futura de la epidemia hacen aún más necesaria la respuesta del Programa, debido a su impacto en las áreas biomédicas de la atención de enfermos, como en las áreas psicosociales ligadas a la prevención de conductas y estilos de vida de riesgo para el VIH/SIDA, por lo cual, el panel considera adecuada la intervención del Programa y sus variaciones a través del período de evaluación.

6.1.2 Reformulaciones Realizadas del Programa

Los ajustes más importantes del Programa han sido absolutamente necesarios y justificados por los progresos científicos que han permitido incorporar nuevas herramientas terapéuticas. Los efectos son positivos en términos de su impacto en los beneficiarios, aún cuando han tenido como consecuencia un aumento considerable del costo del programa. El cambio determinó la incorporación de un nuevo componente ((atención a las personas VVIH).

Conclusiones sobre la Continuidad de la Justificación del Programa

La continuidad del Programa se encuentra plenamente justificada.

Se reitera la importancia de mantener un estado de permanente alerta para adecuar el programa cuando las condiciones epidemiológicas y el progreso de la ciencia lo ameriten. De no mediar acciones preventivas –tanto específicas con grupos de riesgo como masivas para todas las personas del país- el panel estima que la epidemia crecería a un ritmo diferente del actual y tendría un alto costo económico, médico y social para nuestro país.

7. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

7.1. Análisis de Aspectos relacionados con la sostenibilidad del Programa

7.1.1. Condiciones para la sostenibilidad del Programa.

A juicio de este panel evaluador, un tema que requiere de un enfrentamiento urgente es el de la composición de los recursos asignados al programa, puesto que una proporción muy alta del total de los recursos se destina a la compra de drogas antivirales en desmedro de las acciones de prevención

Desde el punto de vista de la lógica de la acción gubernamental en salud pública, el enfrentamiento del VIH/SIDA no debería ser diferente al de otros problemas de salud en los que el estado concentra en el ámbito de la gestión de los bienes públicos las acciones de prevención y las de garantía de acceso a terapias regladas, como ocurre en el caso de los programas de Tuberculosis, Cáncer, Hipertensión, etc., en los que las drogas, si bien relevantes, no forman parte de los costos que el Ministerio de Salud gestiona en el rubro de "Campañas Sanitarias", expresión que adquiere la gestión de servicios de salud poblacionales en nuestro medio.

En el escenario de régimen, deberíamos aspirar a que el presupuesto dirigido al tratamiento de los casos y portadores formara parte del correspondiente a bienes y servicios de consumo en los Servicios de Salud en los que los pacientes se atienden (por las características de "catástrofe de salud" del problema en cuestión, se trata casi en la totalidad de los casos de servicios públicos de salud), lo que contribuiría a una mayor transparencia en la asignación presupuestaria y evitaría el riesgo de competencia entre las acciones preventivas y las curativas a la hora de la discusión presupuestaria.

Dada la lógica inquietud que un cambio de esta naturaleza podría generar entre los responsables y beneficiarios del programa, preocupados de que los gestores de servicios y hospitales pudieran ser menos sensibles a la necesidad de financiar tratamientos costosos de SIDA en un marco de múltiples necesidades en competencia, es posible generar los mecanismos de resguardo para que este presupuesto sea protegido, como se hace con el de drogas antineoplásicas. CONASIDA debería mantener, en este escenario, la responsabilidad de velar por que este presupuesto se dedique a los fines previstos, pasando a tener un rol de abogacía por los derechos de los pacientes que facilitaría su relación con los mismos. Las ventajas de una adquisición centralizada de drogas de alto costo pueden seguir siendo aprovechadas desde FONASA con la debida asesoría de CONASIDA.

La Comisión debería mantener también su responsabilidad en materia de investigación de la efectividad de las terapias, utilizando sistemas de información que le permitan una asesoría permanente en materia de decisiones sobre terapias.

7.1.2. Replicabilidad del Programa

Dadas las características de "centralizado" de este programa, los conceptos de replicabilidad no son aplicables.

7.2. Conclusiones sobre la Sostenibilidad del Programa

Si los supuestos establecidos por CONASIDA y los sugeridos por el panel se cumplen, el programa es sostenible. Al respecto, es necesario destacar que, a juicio de este panel evaluador, un tema que requiere de un enfrentamiento urgente es el de la composición de los recursos asignados al programa. En efecto, el Programa de prevención y control de VIH/SIDA y ETS debería ser un esfuerzo de control integral del problema de salud que lo justifica, con un fuerte énfasis preventivo y que, en el plano del tratamiento de los casos de la enfermedad, debería ser capaz de garantizar el acceso de los pacientes y portadores a las terapias existentes.

8. EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

8.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Experiencia Adquirida en la Ejecución del Programa

8.1.1. Lecciones que deja el Programa para la Unidad Ejecutora y otras Instituciones involucradas.

Destaca, entre las lecciones, la trascendencia y relevancia de un programa que, a partir de la creación de CONASIDA en 1990, cambia el enfoque tradicional de abordaje de un problema de salud limitado a la vigilancia epidemiológica y a algunas acciones referidas al sector público de salud por un acercamiento integral, intersectorial, biopsicosocial, con participación amplia de organizaciones sociales, científicas y comunitarias, promoviendo el diálogo y el respeto a la dignidad humana y la autonomía de las personas.

8.1.2 Aspectos innovadores en el diseño o ejecución del Programa.

En el programa destaca como aspecto innovador el ser un Programa Centralizado que incorpora, por diversos mecanismos, especialmente el concurso de proyectos locales, una acción descentralizada que otorga un gran componente de participación.

8.2 Conclusiones sobre la Experiencia Adquirida en la Ejecución del Programa

La experiencia adquirida a través de la ejecución del programa es altamente relevante y debe constituir la base de las modificaciones que amerite éste de acuerdo a la evolución del problema y a los progresos científicos en la materia.

III. PRIORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

A. Recomendaciones que no involucran recursos adicionales.

a.1. Recomendaciones sobre la Eficacia

Considerando la evaluación de las campañas masivas de comunicación realizadas por el programa, el panel estima que éstas han cumplido con el rol de mantener la alerta social sobre el problema de VIH/SIDA a la vez que han entregado información adecuada a la población acerca de las características de la enfermedad, las formas de transmisión y prevención. A juicio del panel, podría mejorar significativamente la eficacia del programa si se incorporara una campaña de comunicación masiva periódica (a lo menos cada dos años), dirigida a mantener la alerta social -por su importancia estratégica en el desarrollo de la enfermedad- y a profundizar en el proceso de cambio de hábitos de la población respecto al problema del VIH/SIDA. Cabe hacer notar que la última actividad de esta naturaleza se efectuó en 1997 y representó la tercera campaña de un ciclo iniciado en 1993. Dada la eficacia de este tipo de campañas en lo que respecta a incrementar la alerta ciudadana respecto al problema y considerando que la preocupación de la población puede disminuir si los esfuerzos comunicacionales no se sostienen en el tiempo, es preocupante comprobar que no se hayan realizado nuevas campañas en los tres últimos años.

Se sugiere además, promover la incorporación de materias sobre normas técnicas de tratamiento y de atención en el nivel de pregrado de profesionales del área médica, paramédica y afines. Correspondería implementar esta recomendación a los Centros académicos que forman profesionales o técnicos, y los contenidos de dichas materias deberían ser definidos técnicamente por CONASIDA.

Incluir el componente 'estrategias para el enfrentamiento de las ETS en el país' como parte de los demás componentes del programa. Es decir, superar la distinción temática que se hacía del componente e integrarla en cada ámbito de intervención del mismo. Correspondería a CONASIDA realizar la propuesta y evaluar las condiciones para su implementación.

a. 2. Recomendaciones sobre diseño y organización del programa

Incorporar en la matriz de marco lógico los siguientes indicadores para medir los componentes señalados:

Componentes	Indicadores
4. Estrategias para el enfrentamiento de las ETS en el país	Nº de boletines epidemiológicos realizados/Nº de boletines epidemiológicos programados Nº de boletines epidemiológicos distribuidos /Nº de boletines epidemiológicos producidos Nº de normas técnicas distribuidas/Nº de normas técnicas producidas
5. Estrategias de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional	Nº de proyectos aprobados para financiamiento internacional aprobados/Nº de proyectos presentados para financiamiento internacional Nº de profesionales de los servicios de salud capacitados producto de convenios de cooperación técnica internacional/ Nº de profesionales de los Servicios de salud planificados para la capacitación producto de cooperación técnica internacional.

Subcomponentes	Indicadores
1.1. Población chilena desarrolla conductas preventivas en relación al VIH/SIDA	N° Redes en los servicios de salud que ofrecen consejería % de proyectos dirigidos a grupos vulnerables aprobados / Total grupos vulnerables organizados Actitudes de las personas frente a la percepción del VIH/SIDA y a la no discriminación Impacto de programas preventivos en poblaciones más vulnerables N° de Servicios de Salud que cuentan con red de consejeros funcionando / N° de Servicios de Salud total N° de proyectos de consejería de los Compromisos de Gestión ejecutados / N° de proyectos de consejería de los Compromisos de Gestión aprobados N° de proyectos de prevención sociales intersectoriales ejecutados / N° de proyectos de prevención sociales intersectoriales aprobados
2.1. Personas adultas que viven con VIH/SIDA reciben atención en el sistema público de salud	N° de servicios de salud que disponen de exámenes específicos/N° total de servicios de salud N° de servicios de salud capacitados en el manejo de sistema computacional de atención a consultantes VIH/SIDA/ N° programado anualmente
3.2. Estudios comportamentales disponibles para la toma de decisiones	N° de proyectos de prevención asociados a la información disponible del estudio comportamental
4.1. Actualizar y mejorar la disponibilidad de información técnica oportuna y confiable que sea un apoyo para la toma de decisiones	% de integridad de las notificaciones de ETS. N° de servicios de salud que cuentan con fichas nuevas de ETS, fichas de control y carnet de salud sexual/ total de servicios de salud
5.1. Cooperación técnica nacional para una respuesta acorde a las necesidades del problema VIH/SIDA del país	N° de eventos de cooperación técnica nacional realizados
6.1. Fortalecimiento continuo de gestión modernizadora	Redes de organizaciones conformadas N° de equipos de salud capacitados de los servicios de salud/Total de servicios de salud

a.3. Recomendaciones sobre eficiencia

La eficiencia de un programa de salud dirigido al control de un problema sobre el que es necesario actuar en distintos niveles de prevención, requiere de una clara definición respecto a las acciones que resultan más efectivas en el corto y en el mediano plazo. Con relación al VIH/SIDA, el accionar de CONASIDA ha logrado contribuir significativamente a la sensibilización de la población chilena respecto al tema. Pese a que no es posible atribuir exclusivamente al programa la detención de la curva de progresión en la incidencia de la enfermedad que es posible apreciar desde 1996, es altamente posible que los mensajes educativos masivos y las acciones preventivas dirigidas a grupos específicos hayan contribuido significativamente a este resultado.

Es por ello que, como se ha señalado reiteradamente en el curso de este informe, resulta esencial profundizar en las acciones preventivas, por lo demás de menor costo, separando claramente su financiamiento del destinado a la adquisición de drogas antiretrovirales. El traslado de este último costo al programa de complejas de FONASA permitiría dedicar los esfuerzos de CONASIDA a las acciones más eficientes.

Dado que la intervención terapéutica se hace sobre pacientes que forman parte de los referentes que colaboran con CONASIDA en la educación dirigida al cambio de actitudes de la población y dado que estos grupos deben ser objeto de protección dirigida a reducir la discriminación que no solo atenta contra sus derechos humanos básicos sino que atenta contra la generación de

actitudes positivas hacia la prevención, CONASIDA no debería apartarse de la acción terapéutica, reservando para sí la coordinación con FONASA, la supervisión de la entrega adecuada de los tratamientos en los servicios de salud y la relación orgánica con los grupos de personas viviendo con VIH/SIDA.

Con relación a otros aspectos relacionados con la eficiencia del programa parece deseable que CONASIDA adquiriera mayor autonomía en cuanto centro de costos que sea el referente del Ministerio de Salud en la relación con la DIPRES para los efectos de gestionar el presupuesto anual de la comisión. La experiencia de conformar un marco lógico como el utilizado en la presente evaluación debería ser aprovechada con el fin de que en futuros ejercicios pueda calcularse con precisión los costos por beneficiario de cada uno de los componentes del programa, lo que solo ha sido factible muy parcialmente en esta evaluación. De esta manera será posible tomar decisiones acerca de prioridades considerando la eficiencia de las intervenciones en forma más precisa. Dada la gran cantidad de información de buena calidad sobre los resultados del accionar de CONASIDA, al menos en lo que respecta a los procesos, es factible esperar un perfeccionamiento significativo del accionar de la comisión al agregar el componente financiero a cada una de las acciones.

B. Recomendaciones que involucran recursos adicionales.

b.1. Establecer un sistema de información para el seguimiento en las siguientes materias:

- Costos de producción unitaria por componentes: generar centros de costos asociados a la producción de los componentes.
- Evaluación de las prestaciones ex ante y ex post.
- Satisfacción de los usuarios a través de encuestas u otro sistema de medición.
- Compilación de estudios, investigaciones y tesis de grado sobre VIH/SIDA en distintas instituciones públicas y académicas del país para la construcción de base de datos centralizada. La CONASIDA es centro de referencia del conjunto de información de que produce en torno al VIH/SIDA y las ETS en el país.
- Beneficiarios directos e indirectos del programa: establecer mecanismos de seguimiento formal y simple de los beneficiarios y de los resultados de las actividades en series de tiempo que permitan identificar el cumplimiento de las actividades y su impacto social no sólo desde el punto de vista cualitativo sino también desde sus coberturas.

b.2. Realizar un estudio de impacto económico y psicosocial de los tratamientos a PVVIH

Se trata, por una parte, de avanzar en la formulación de propuestas que permitan fundamentar iniciativas vinculadas a las empresas para la generación de incentivos de contratación de personas VIH+. Esta sería una manera de facilitar el acceso al trabajo para las PVVIH autovalentes con todo los efectos positivos que implica desde el punto de vista psicológico y social para los enfermos, como también permitiría que mantuvieran sus cotizaciones previsionales al día.

Por otra parte, el estudio debería abordar una caracterización de la historia de los pacientes en sus relaciones con el sistema de protección de salud, de manera de cuantificar el impacto que la enfermedad ha tenido en la pérdida de la protección con que contaban los pacientes antes de contraer el VIH/SIDA. De esta manera, se podría contar con valiosa información para iniciar acciones dirigidas a incrementar la protección o a tomar decisiones tales como la inclusión del VIH/SIDA en el grupo de enfermedades catastróficas que requieren de seguros especiales.

En la actualidad, el rechazo a la demanda de trabajo de personas VIH+ pareciera estar fundamentalmente asociada a costos para las empresas por bajo rendimiento de los/as trabajadores/as a causa del ausentismo por enfermedades oportunistas. Sin embargo, sería útil cuantificar o estimar los episodios de ausentismo laboral por estas causas u otras y, al mismo tiempo, relacionarla con los beneficios para las personas y para las empresas a través de determinados incentivos. La pregunta de fondo sería: ¿es conveniente para el Estado financiar un incentivo a las empresas por contratación de personas VIH+ que estarán cotizando en el sistema público de salud, o bien costear la totalidad de los tratamientos asociados sin que medie el financiamiento de su seguro de salud? Al evaluar esta alternativa se deberían considerar por cierto cuestiones vinculadas al desarrollo de la enfermedad, las respuestas de las personas al tratamiento y el tipo de trabajo que realizan o realizarían. Este tipo de alternativas podría ser reforzado con una gran campaña dirigida a la opinión pública y el mundo empresarial del país.

ANEXO 1: Glosario de conceptos

ANEXO 2: Matriz de Evaluación del Programa

ANEXO 3: Antecedentes Presupuestarios y de Costos

ANEXO 1 GLOSARIO

ANRS: Sigla en francés de la Agencia Nacional de Investigación sobre SIDA, organismo oficial del gobierno francés.

ARV: Antiretrovirales

AZT: Fármaco utilizado para el tratamiento terapéutico de enfermos de SIDA

Biterapia: Terapia consistente en el uso combinado de dos tipos de fármacos (AZT+3TC u otras combinaciones)

Carga viral: Cantidad de partículas virales en la sangre

CD4: Tipo específico de glóbulo blanco que es atacado por el VIH

CONACE: Comisión Nacional de Control de Estupefacientes

CONASIDA: Comisión nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS

COSECON: Estudio de Comportamiento Sexual en el Cono Sur

EPIMAP: Red de epidemiólogos en VIH/SIDA de Latinoamérica y El Caribe

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

FONOSIDA: Servicio telefónico de consejería individual en VIH/SIDA

FUNACS: Fundación Nacional de Lucha contra el SIDA

GCTH: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, constituida por los programas de SIDA de los países de América Latina y El Caribe, para el trabajo conjunto en VIH/SIDA.

Gestión del Riesgo: Conjunto de procesos cognitivos, emocionales y afectivos que se ponen en marcha para enfrentar la probabilidad que ocurra un hecho, en este caso, la probabilidad de adquirir o transmitir el VIH/SIDA o una ETS. Para esto las personas necesitan hacer uso pleno de su autonomía y su capacidad de decisión, para desarrollar un juicio crítico frente a sus conductas y la relación que éstas tienen con el riesgo de transmitir o adquirir el VIH o una ETS.

GTO: Grupo Temático de ONUSIDA, constituido por las agencias de Naciones Unidas PNUD, OMS/OPS, UNESCO, UNICEF, FNUAP, y el Programa Nacional de SIDA de Chile (CONASIDA), la Organización de PVVIH (VIVOPOSITIVO), para colaborar en la respuesta nacional al VIH/SIDA.

GTZ: Agencia de Cooperación Alemana para el Desarrollo

HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres

IO: Infecciones Oportunistas. Infecciones causadas por agentes infecciosos (bacterias, virus, hongos, parásitos, etc.) que habitualmente no afectan a personas inmunocompetentes (sanas).

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

MINSAL: Ministerio de Salud Pública

Monoterapia: Terapia consistente en el uso de un solo fármaco.

Niveles de Intervención: Son esferas de acción donde se llevan a cabo los comportamientos de las personas. Así las personas tienen conductas individuales, condicionadas por factores internos y externos de su entorno más cercano (Nivel Individual). También tienen conductas que condicionan los comportamientos entre pares, dependiendo al grupo sociocultural al que pertenecen o donde desarrollan la mayor parte de su vida (Nivel Grupal/Comunitario). Todas las personas pertenecen a la sociedad, donde también se establecen variables que condicionan sus conductas individuales y grupales (Nivel Masivo).

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organismos No Gubernamentales

ONUSIDA: Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Personas notificadas: Corresponde al total de personas con VIH que han sido notificadas a la CONASIDA, ya sea en etapa de portador asintomático o de SIDA, acumulado desde el inicio de la epidemia. Incluye vivos y fallecidos.

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Protocolo ACTG 076: Esquema terapéutico que se administra a la mujer embarazada seropositiva al VIH y a su hijo para la prevención de la transmisión vertical. Consiste en tratamiento con AZT oral a la madre a partir de la semana 14 de embarazo. AZT inyectable durante el parto y AZT en jarabe al recién nacido y durante las primeras 6 semanas de vida.

PVVIH: Personas viviendo con VIH

REDLARD: Red Latinoamericana de reducción del daño

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etapa final de la infección causada por VIH, caracterizada por la aparición de enfermedades marcadoras de SIDA.

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud

TARV: Terapia Antiretrovirales

Triterapia: Terapia consistente en el uso combinado de tres tipos de fármacos

TS: Trabajadores/as sexuales

VIH: Virus de la Inmuno deficiencia Humana

VIVOPOSITIVO: Coordinadora nacional de las distintas agrupaciones de personas viviendo con VIH/SIDA.

Vulnerabilidad: Ser vulnerable en el contexto del VIH/SIDA significa tener poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir la infección. La vulnerabilidad es el resultado de muchos factores en juego: biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos.

ANEXO 2: MATRIZ DE MARCO LÓGICO

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH / SIDA Y LAS ETS AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1990 MINISTERIO RESPONSABLE: SALUD SERVICIO RESPONSABLE: CONASIDA PRESUPUESTO ASIGNADO 2000: 2.957.911 (Miles de pesos reales)</p>
--

Enunciado del objetivo	Indicadores y/o información	Medios de Verificación	Supuestos
<p>FIN: El programa contribuye a mejorar la calidad de vida de la población.</p> <p>PROPOSITO: La sociedad desarrolla procesos que promueven y facilitan la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y las personas viviendo con el VIH y ETS acceden a una atención biosociedad.</p>	<p>Demanda de preservativos en el país Prevalencia poblacional del VIH y ETS % de PVVIH atendidas/ total de personas con VIH que requieren atención</p>	<p>Importación anual de condones en el país dado por el Banco Central Estudio bianual de Prevalencia Informes de Servicios de Salud Boletines Epidemiológicos</p>	<p>Las críticas de los sectores conservadores a políticas de prevención que consideran el preservativo y a los mensajes educativos del programa no interfieren en la realización del mismo CONASIDA sigue siendo reconocida como la instancia representativa de la autoridad sanitaria en materia de control de VIH/SIDA por los diversos actores involucrados en la gestión del programa y en la difusión de los contenidos educativos elaborados como parte del mismo. El MINSAL mantiene el control sobre la definición de prioridades de salud nacionales y posee los mecanismos para asegurar que el VIH/SIDA se mantenga como prioridad estratégica</p>
<p>COMPONENTES: 1. Estrategias de prevención desarrolladas</p>	<p>Proporción de la población con conocimiento adecuado del VIH/SIDA N° de Campañas desarrolladas N° de llamadas anuales a FONOSIDA</p>	<p>Encuestas de población Registros de actividades del programa Base de datos de llamadas a FONOSIDA</p>	<p>Los encargados de tomar decisiones en materia presupuestaria comprenden que el costo/efecto de las medidas de prevención de VIH/SIDA impulsadas justifica su financiamiento, aún en un escenario de costos incrementales del programa representados por el importe de las terapias antivirales.</p>

<p>2. Atención a las personas que viven con VIH/SIDA.</p>	<p>N° de personas con VIH/SIDA en control activo. N° de personas adultas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antiretrovirales de acuerdo al protocolo nacional/N° personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que requieren terapias antiretrovirales de acuerdo al protocolo nacional N° de mujeres embarazadas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público y privado que reciben atención según protocolo ACTG 076 / N° de mujeres embarazadas con VIH/SIDA que requieren tratamiento de acuerdo al protocolo ACTG 076 N° de niños con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público y privado que reciben atención según protocolo / N° de niños con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público y privado que requieren atención según protocolo</p>	<p>Información enviada por Directores de Servicios de Salud, adquisiciones de fármacos Ficha de ingreso a TARV, lista de espera a TARV Base de datos con información de pacientes en control</p>	<p>Los avances tecnológicos respecto de los fármacos y formas de tratamiento podrían afectar al programa en el futuro respecto de su actual diseño y dinámica de funcionamiento. Aumento de la demanda de atención no interfiere con el desarrollo del Programa</p>
<p>3. Estudios realizados</p>	<p>Difusión de estudios epidemiológicos en 100% de servicios de salud pública N° de estudios comportamentales disponibles % de personas con ETS atendidas/Total de personas con ETS notificado</p>	<p>Registros de distribución de Boletines epidemiológicos Publicaciones de resultados de estudios Informes de Servicios de Salud</p>	<p>La inclusión de las ETS como parte del programa no significa una pérdida de identidad de las acciones dirigidas al enfrentamiento del VIH/SIDA.</p>
<p>4. Estrategias para el enfrentamiento de las ETS en el país</p>	<p>N° de boletines epidemiológicos realizados/N° de boletines epidemiológicos programados N° de convenios de cooperación técnica internacional del Programa aprobados/N° de convenios presentados % del presupuesto del Programa financiado con cooperación internacional Participación en redes de cooperación técnica Planificación Estratégica del Programa</p>	<p>Convenios Ejecución presupuestaria Informe de actividades del Programa</p>	
<p>5. Estrategias de cooperación técnica internacional para el mejoramiento de la respuesta nacional</p>	<p>Participación en redes de cooperación técnica Planificación Estratégica del Programa</p>	<p>Documento Planificación</p>	
<p>6. Modernización de la Gestión</p>	<p>% de llamadas a FONOSIDA por percepción de riesgo personal % de llamadas a FONOSIDA por uso de preservativo</p>	<p>Base de datos de llamadas a FONOSIDA Base de datos de llamadas a FONOSIDA Catastro de redes y registro de compromisos de gestión Ficha de registro de proyectos y convenios y catastros de grupos organizados</p>	
<p>SUBCOMPONENTES: 1.1. Población chilena desarrolla conductas preventivas en relación al VIH/SIDA</p>			

<p>1.2. Sociedad chilena disminuye discriminación hacia las PVVIH</p>	<p>% de equipos de salud capacitados/ total de servicios de salud pública % de equipos de salud capacitados/ equipos trabajando con población de mayor vulnerabilidad Disminución de la discriminación en la población N° de comunicadores de medios de comunicación capacitados anualmente N° de profesionales de salud de los servicios de salud capacitados % de Noticias difundidos hacia medios de comunicación masivos Actualización permanente de WEB CONASIDA Avance en la tramitación de la ley</p>	<p>Catastro de actividades de prevención por servicio de salud Informes de proyectos y compromisos de gestión Encuesta poblacional</p>	
<p>1.3. Afianzar relaciones de CONASIDA con medios de comunicación</p> <p>2.1. Personas adultas que viven con VIH/SIDA reciben atención en el Sistema Público de Salud.</p> <p>SUBCOMPONENTES:</p>	<p>N° de personas adultas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que reciben terapias antiretrovirales de acuerdo al protocolo nacional/N° personas con VIH/SIDA beneficiarias del sistema público de salud que requieren terapias antiretrovirales de acuerdo al protocolo nacional % de Servicios de Salud que disponen de exámenes específicos (CD4 y Carga Viral) N° de agrupaciones de PVVIH que reciben apoyo de CONASIDA Equipos de salud capacitados en manejo de sistema computacional de pacientes N° de Talleres y Seminarios de Actualización de Conocimientos en atención de PVVIH</p>	<p>Actas de sesiones Cámara Baja y Alta Protocolo Nacional de Terapia Antiretroviral y adquisiciones de fármacos Base de datos con información de pacientes en control Solicitudes y resultados de exámenes Catastro de agrupaciones e informes de proyectos Catastro de agrupaciones e informes de proyectos Registros de asistencia a talleres de capacitación Instalación del sistema informático en centros de atención a PVVIH Convocatorias y registros de asistencia a seminarios</p>	<p>La oportunidad de entrega del presupuesto permite realizar las licitaciones sin tener brechas en la disposición de fármacos a nivel de los Servicios de Salud</p>
<p>2.2. Mujeres embarazadas VIH+ acceden a Protocolo ACTG076 para la prevención de transmisión vertical</p>	<p>Difusión de Recomendaciones de Prevención de Transmisión Vertical en 100% de Servicios de salud pública N° de mujeres embarazadas del sistema público y privado que reciben atención de acuerdo a Protocolo ACTG 076/ N° de mujeres embarazadas del sistema público y privado que requieren atención de acuerdo a Protocolo ACTG 076</p>	<p>Registros de distribución de Protocolo ACTG 076 Evaluación de Impacto de Protocolo ACTG 076 Registros con información de pacientes en control</p>	
<p>2.3. Población infantil VIH+, beneficiarias del sistema público reciben atención de salud</p>	<p>N° de niños del sistema público y privado que reciben tratamiento ARV de acuerdo a protocolo/ N° niños totales que requieren tratamiento ARV de acuerdo a protocolo</p>	<p>Registros con información de pacientes en control</p>	

<p>SUBCOMPONENTES: 3.1. Estudios epidemiológicos disponibles para la toma de decisiones</p>	<p>Nº de boletines anuales con información epidemiológica actualizada. Disminución de sesgo en información epidemiológica Prevalencia del VIH en embarazadas y consultantes por ETS</p>	<p>Base de datos, boletines publicados, página WEB Análisis comparativo entre fallecidos notificados y no notificados Informes bianuales de estudio de prevalencia asociado a comportamiento</p>	<p>Insuficiente información del sector privado no inválida análisis al existir estimación de cuánto sesga los datos globales</p>
<p>3.2. Estudios comportamentales disponibles para la toma de decisiones</p>	<p>Realización de Estudio nacional de comportamiento Sexual Nº de Seminarios o Congresos programados para difusión de estudios</p>	<p>Términos referencia Documentos publicados de difusión de contenidos de los estudios Convocatorias a Seminarios, Nº de asistentes, archivos de las presentaciones efectuadas Proyectos elaborados</p>	<p>Tema no provocaría rechazo en los entrevistados ni en los medios de comunicación</p>
<p>SUBCOMPONENTES: 4.1. Actualizar y mejorar la disponibilidad de información técnica oportuna y confiable que sea un apoyo para la toma de decisiones</p>	<p>Información epidemiológica de ETS disponible en el 100% de los servicios de salud Información de las normas técnicas para tratamiento de ETS disponibles en el 100% de los servicios de salud</p>	<p>Base de datos actualizada de los centros centinelas Boletines semestrales de información epidemiológica editados y distribuidos Ejemplares de la norma producidos y distribuidos</p>	
<p>SUBCOMPONENTES: 5.1. Desarrollo de cooperación técnica internacional para la mejoría en las respuestas al problema del VIH/SIDA</p>	<p>Nº de profesionales de equipos de salud capacitados producto de convenios de cooperación técnica internacional Nº de Proyectos que obtienen financiamiento del total de proyectos del Programa</p>	<p>Convocatorias, informes Convenios de cooperación, informe estadías Convenios y base de datos de proyectos financiados</p>	
<p>5.2. Cooperación técnica nacional para una respuesta acorde a las necesidades del problema del VIH/SIDA en el país</p>	<p>Nº de eventos de cooperación técnica a nivel nacional Desarrollo grupo temático ONU/SIDA</p>	<p>Registros de asistencia a Conferencia Nacional en VIH/SIDA y documentos Conferencia Actas de sesiones</p>	
<p>SUBCOMPONENTES: 6.1. Fortalecimiento continuo de gestión modernizadora</p>	<p>Plan operativo anual formulado con planificación estratégica 100% Presupuesto ejecutado</p>	<p>Documento Catastro Ejecución presupuestaria del Programa</p>	
<p>6.2. Compromisos de gestión</p>	<p>Nº de Servicios de Salud que suscriben 100 % compromisos de gestión/ Nº total de Servicios de Salud Nº de proyectos de los compromisos de gestión ejecutados/ Nº de proyectos aprobados</p>	<p>Fichas de proyectos formulados y evaluados, compromisos de gestión</p>	
<p>1.1.1. Implementación de medidas preventivas respecto de formas de transmisión y prevención del VIH</p>		<p>Ejecución presupuestaria 1999</p>	
<p>1.1.2. Campañas de comunicación social masivas y focalizadas para incentivar y mantener el alerta social y la percepción de riesgo frente al VIH/SIDA</p>			
<p>1.1.3. Actividades de prevención entre pares con grupos de mayor vulnerabilidad (HSH y trabajadoras/es sexuales)</p>			

<p>1.1.4. Consejería directa y telefónica para la toma de decisiones preventivas de la población general</p>			
<p>1.1.5. Desarrollo de acciones que favorecen ambientes preventivos con grupos comunitarios</p>			
<p>1.2.1. Capacitación de Equipos de salud del sistema público</p>			
<p>1.2.2. Capacitación de Equipos de salud que trabajan con población de mayor vulnerabilidad</p>			
<p>1.3.1. Capacitación de comunicadores para la disminución de la discriminación</p>			
<p>1.3.2. Difusión de conocimientos básicos sobre VIH/SIDA, prevención y no-discriminación a través de Publicaciones</p>			
<p>1.4.1. Promoción y discusión de proyecto de Ley VIH/SIDA de Prevención y no Discriminación</p>			
<p>2.1.1. Capacitación de equipo multiprofesional que atiende a personas que viven con VIH/SIDA.</p>		Ejecución presupuestaria 1999	
<p>2.1.2. Desarrollo y seguimiento de Protocolo Nacional de Terapia Antiretroviral (TARV) y disponibilidad de fármacos para personas adultas que viven con VIH/SIDA beneficiarias del Sistema Público de Salud.</p>			
<p>2.1.3. Apoyo técnico y financiero para el fortalecimiento de la gestión de agrupaciones de PVVIH</p>			
<p>2.1.4. Desarrollo de un Sistema informatizado de atención de PVVIH</p>			
<p>2.2.1. Disponibilidad de fármacos para atención de Mujeres VIH+ embarazadas de acuerdo a protocolo.</p>			
<p>2.3.1. Disponibilidad de fármacos para atención de la población infantil VIH+ beneficiaria del sistema público de salud de acuerdo a protocolo</p>			
<p>3.1.1. Generar información sobre SIDA evaluada en sensibilidad, oportunidad y sesgo.</p>		Ejecución presupuestaria 1999	
<p>3.1.2. Generar información sobre prevalencia del VIH en embarazadas y en consultantes por ETS asociado a características comportamentales</p>			
<p>3.2.1. Diseño de instrumento y su validación para Estudio nacional de comportamiento sexual para adecuación de políticas.</p>			
<p>3.2.2. Prueba instrumento definitivo, realización de Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, análisis y difusión de resultados.</p>			

3.2.3. Transformación de información generada en estudio COSECON en instrumentos de prevención.			
4.1.1. Generar información a través de Vigilancia cenitela de ETS	Ejecución presupuestaria 1999		
4.1.2. Generar norma de tratamiento de las ETS			
5.1.1. Participación en Redes de cooperación internacional	Ejecución presupuestaria 1999		
5.1.2. Desarrollo de Programas de cooperación técnica internacional			
5.1.3. Desarrollo de Programas de cooperación financiera internacional			
5.2.1. Desarrollo de la Primera Conferencia Nacional en VIH/SIDA			
5.2.2. Desarrollo del grupo temático ONUSIDA/Chile			
6.1.1. Generar proceso de Planificación estratégica del Programa	Ejecución presupuestaria 1999		
6.1.2. Conformación participativa de redes gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en VIH/SIDA			
6.1.3. Formulación presupuestaria y gestión administrativa			
6.2.1. Desarrollo de compromisos de gestión con Servicios de Salud			
6.2.2. Generación de Proyectos locales			

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS
(en miles de pesos reales)

1. Información del Ministerio o Servicio responsable del Programa Período 1996-00

AÑO 1996	Presupuesto asignado	Gasto efectivo	
		Monto	%
Personal	3.897.883	3.891.587	99,84
Bienes y servicios de consumo	5.685.633	3.952.829	69,52
Inversión	4.632.955	3.877.886	83,7
Transferencias	55.822.175	53.335.193	95,54
Otros	12.540.892	5.788.426	46,16
TOTAL	82.579.538	70.845.921	85,79

AÑO 1997	Presupuesto asignado	Gasto efectivo	
		Monto	%
Personal	3.945.533	3.916.516	99,26
Bienes y servicios de consumo	12.635.559	8.975.919	71,04
Inversión	3.731.103	3.110.066	83,36
Transferencias	48.548.982	45.851.822	94,44
Otros	6.327.328	5.546.070	87,65
TOTAL	75.188.505	67.400.392	89,64

AÑO 1998	Presupuesto asignado	Gasto efectivo	
		Monto	%
Personal	3.886.883	3.560.021	91,59
Bienes y servicios de consumo	17.921.067	14.058.868	78,45
Inversión	4.287.069	3.262.662	76,10
Transferencias	41.624.015	38.558.054	92,63
Otros	11.028.579	10.676.597	96,81
TOTAL	78.747.613	70.116.202	89,04

AÑO 1999	Presupuesto asignado	Gasto efectivo	
		Monto	%
Personal	4.103.149	4.083.274	99,52
Bienes y servicios de consumo	27.277.595	16.174.035	59,29
Inversión	3.010.621	2.505.724	83,23
Transferencias	37.102.743	35.247.536	95,00
Otros	12.839.365	12.567.025	97,88
TOTAL	84.333.474	70.577.593	83,69

AÑO 2000	Presupuesto asignado
Personal	3.997.640
Bienes y servicios de consumo	16.570.451
Inversión	29.868.933
Transferencias	209.732
Otros	16.168.415
TOTAL	66.815.171

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS
(en miles de pesos reales)

2. Presupuesto y Gastos del Programa

AÑO 1996	Presupuesto asignado	Gasto efectivo		
		Monto	%/presupuesto total	%/sobre asignado
Personal	14.317	14.160	1	99
Bienes y servicios de consumo	792.171	792.142	71	100
Cooperación internacional	28.587	8.645	1	30
Transferencias				
Otros	297.509	296.169	27	100
TOTAL	1.132.584	1.111.116	100	98

AÑO 1997	Presupuesto asignado	Gasto efectivo		
		Monto	%/presupuesto total	%/sobre asignado
Personal	125.352	135.480	6	108
Bienes y servicios de consumo	2.136.790	2.015.390	93	94
Cooperación internacional		18.637	1	
Transferencias				
Otros				
TOTAL	2.262.142	2.169.507	100	96

AÑO 1998	Presupuesto asignado	Gasto efectivo		
		Monto	%/presupuesto total	%/sobre asignado
Personal	152.796	163.016	10	107
Bienes y servicios de consumo	2.380.389	1.508.266	89	63
Cooperación internacional	55.802	19.200	1	34
Transferencias				
Otros				
TOTAL	2.588.987	1.690.482	100	65

AÑO 1999	Presupuesto asignado	Gasto efectivo		
		Monto	%/presupuesto total	%/sobre asignado
Personal	159.954	159.954	5	100
Bienes y servicios de consumo	3.047.716	2.951.417	94	97
Cooperación internacional		33.364	1	
Transferencias	6.097	6.003	0	98
Otros				
TOTAL	3.213.767	3.150.738	100	98

AÑO 2000	Presupuesto asignado	%/presupuesto total
Personal	190.351	6
Bienes y servicios de consumo	2.767.560	94
Cooperación internacional		
Transferencias		
Otros		
TOTAL	2.957.911	100

Resumen de Presupuesto y Gastos del Programa

Año	A	B		C= (A-B)
	Presupuesto asignado	Gasto efectivo		Saldo
		Monto	%	
1996	1.132.584	1.111.116	98	21.468
1997	2.262.142	2.169.507	96	92.635
1998	2.588.987	1.690.482	65	898.505
1999	3.213.767	3.150.738	98	63.029
2000	2.957.911			

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS
(en miles de pesos reales)

3. Fuentes de financiamiento del Programa. Período 1996-00

Fuentes de financiamiento	1996		1997		1998		1999		2000	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1. Aporte fiscal directo	1.103.997	97	2.262.142	100	2.533.185	98	3.207.670	99,81	2.957.911	100
2. Transferencia de otras inst. públicas (*)							6.097	0,19		
3. Otras fuentes de financiamiento (*)	28.587	3			55.802	2				
TOTAL	1.132.584	100	2.262.142	100	2.588.987	100	3.213.767	100	2.957.911	100

(*) Corresponde a fondos de proyecto financiado por CONACE

(**) Corresponde a fondos de cooperación internacional

Gasto Total del Programa por componente

Componentes	1998		%	1999		%	2000 (*)		%	Periodo	
	M\$	%		M\$	%		M\$	%		%	M\$
Estrategias de prevención	426.483	25	453.018	14	720.535	24	21	1.600.036			
Atención a personas VIH/SIDA	939.224	56	2.437.404	77	1.790.804	61	66	5.167.432			
Estudios realizados	174.025	10	100.169	3	193.383	7	6	467.577			
Estrategias de E.T.S.	47.712	3	16.806	1	79.505	3	2	144.023			
Cooperación técnica	36.617	2	59.720	2	64.227	2	2	160.564			
Modernización de la gestión	66.421	4	83.621	3	109.457	4	3	259.499			
Total	1.690.482	100	3.150.738	100	2.957.911	100	100	7.799.131			

Nota: Incluye gastos administrativos y recursos allegados por cooperación técnica.

Gastos Administrativos del Programa por componente

Componentes	1998		%	1999		%	2000 (*)		%	Periodo	
	M\$	%		M\$	%		M\$	%		%	M\$
Estrategias de prevención	33.999	20	51.710	28	73.023	33	27	158.732			
Atención a personas VIH/SIDA	15.805	9	14.685	8	25.613	11	10	56.103			
Estudios realizados	18.016	11	85.531	46	82.322	37	32	185.869			
Estrategias de E.T.S.	37.987	23	13.871	7	16.763	7	12	68.621			
Cooperación técnica	5.407	3	8.126	4	13.190	6	5	26.723			
Modernización de la gestión	55.536	33	12.684	7	13.204	6	14	81.424			
Total	166.750	100	186.607	100	224.115	100	100	577.472			

Nota: incluye recursos de campaña sanitaria y programa 01. Para el cálculo 2000 se trabajó con presupuesto asignado y se aplicó proyección según gastos del primer semestre.

Gastos directos del Programa por componente

Componentes	1998		%	1999		%	2000 (*)		%	Periodo	
	M\$	%		M\$	%		M\$	%		%	M\$
Estrategias de prevención	392.484	26	401.308	14	647.512	24	20	1.441.304			
Atención a personas VIH/SIDA	923.419	61	2.422.719	82	1.765.191	65	71	5.111.329			
Estudios realizados	156.009	10	14.638	0	111.061	4	4	281.708			
Estrategias de E.T.S.	9.725	1	2.935	0	62.742	2	1	75.402			
Cooperación técnica	31.210	2	51.594	2	51.037	2	2	133.841			
Modernización de la gestión	10.885	1	70.937	2	96.253	4	2	178.075			
Total	1.523.732	100	2.964.131	100	2.733.796	100	100	7.221.659			

Resumen de gastos del programa

Tipo de gastos	1998		1999		2000	
Gastos administrativos del Programa	166.750	10	186.607	6	224.115	8
Gastos directos del Programa	1.523.732	90	2.964.131	94	2.733.796	92
Gastos totales del programa	1.690.482	100	3.150.738	100	2.957.911	100

RESUMEN EJECUTIVO

NOMBRE PROGRAMA: Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ETS

AÑO DE INICIO: 1990

MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud

SERVICIO RESPONSABLE: CONASIDA

1. Descripción del Programa

Este Programa tiene su origen en 1990 con la creación de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). En esos momentos el país debía enfrentar la emergencia de un problema de salud con una nueva perspectiva, respondiendo al llamado efectuado por la Organización Mundial de la Salud para formular programas nacionales de prevención y control del SIDA.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una enfermedad infecciosa transmisible causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, que destruye las células de la inmunidad dejando a la persona susceptible a infecciones y a cánceres que en condiciones normales podría enfrentar sin problemas. Clínicamente, la infección por VIH debe ser entendida como un continuum de condiciones asociadas a la disfunción inmune, siendo el SIDA el último estado de la enfermedad resultante de la infección por VIH.

El virus es transmitido a través de contacto sexual (heterosexual, homosexual, bisexual), uso de drogas inyectables, sangre y derivados contaminados y desde la madre infectada a su hijo durante el embarazo y el parto (transmisión vertical), habiéndose, también, sugerido la infección a través de la lactancia. No hay evidencia que el VIH se transmita por contacto casual (abrazo, dar la mano) o por alimentos, agua o mosquitos. Hasta 1996, contraer SIDA era considerado una sentencia de muerte, con alrededor del 90% de los pacientes falleciendo en el curso de tres años. A fines de 1996 se inició una nueva era al descubrirse que el uso combinado de ciertas drogas antivirales podía prolongar sustancialmente la vida de los pacientes y, por primera vez en la historia del VIH/SIDA, se vislumbró una esperanza. El desarrollo de una vacuna no parece posible en el corto plazo.

Actualmente, la misión del Programa es promover y facilitar procesos orientados a que la sociedad asuma la prevención y la disminución del impacto biopsicosocial del VIH/SIDA y las ETS, de acuerdo a criterios técnicos de referencia y a los principios de Gobierno de participación, descentralización, equidad e intersectorialidad. Todo esto, a través de la reflexión y el diálogo, el respeto a la dignidad humana y el desarrollo de la autonomía de las personas.

El Fin del Programa es "contribuir a mejorar la calidad de vida de la población" y su propósito que "la sociedad desarrolle procesos que promuevan y faciliten la prevención de la infección por el VIH, y las personas viviendo con el VIH y ETS acceden a una atención biopsicosocial."

El Programa desarrolla acciones en el campo de la prevención, atención integral, investigación y cooperación técnica y modernización de la gestión respecto de su ámbito específico de acción. Se estructura a través de la CONASIDA, comisión interministerial cuya dirección está encargada al Subsecretario de Salud. Al interior del Ministerio de Salud, la comisión posee una estructura con una coordinación ejecutiva responsable de la gestión del programa y con áreas de división del trabajo encargadas de los aspectos más importantes del mismo.

2. Resultados de la evaluación

2.1. A nivel de Diseño

Hasta la creación de CONASIDA en 1990 el SIDA estaba siendo tratado exclusivamente como un problema biomédico. Sin embargo, las características propias de la enfermedad y la transversalidad de sus impactos, exigieron la construcción de respuestas innovadoras y la creación de una organización interdisciplinaria que promoviera y facilitara el desarrollo de estrategias de intervención privilegiando el trabajo con todos los sectores involucrados, con énfasis en la participación de la ciudadanía organizada, tanto de las personas que viven con VIH como con las agrupaciones que apoyan a aquéllas y las organizaciones interesadas en el trabajo preventivo. Es así que, a partir de la creación de CONASIDA, las políticas de salud dirigidas al control de la enfermedad adquieren integralidad, intersectorialidad y perspectiva de política de Estado.

El diseño del Programa --que se basa en la gestión de una entidad que manteniendo el control y la responsabilidad estatal, tiene flexibilidad y cercanía con los grupos comunitarios interesados y comprometidos en el tema-- ha demostrado ser acertado y coherente con el diagnóstico inicial que le dio origen. Las actividades desarrolladas son coherentes con los componentes establecidos en el Marco Lógico del programa y los indicadores son adecuados para evaluar el cumplimiento de los objetivos; los medios de verificación, si bien representan una información seleccionada desde múltiples datos recolectados a partir de las diversas acciones programáticas, permiten dar cuenta de los resultados de cada uno de los componentes.

2.2. A nivel de la Organización y Gestión del Programa

La Organización y Gestión del programa a través de CONASIDA son adecuadas para el manejo de un problema con las múltiples y complejas dimensiones de éste. La estructura centralizada ha permitido mantener la unidad y coherencia en las diversas acciones y las múltiples actividades realizadas en los niveles locales y comunitarios han permitido al programa tener un enfoque participativo y de acuerdo a la diversidad del país. La dependencia de CONASIDA de la Subsecretaría de Salud es adecuada dada la cercanía a la toma de decisiones en materias de salud pública y la posibilidad de coordinación de las acciones con el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

La relación y coordinación de CONASIDA con otros programas de salud ha sido adecuada, así como también la coordinación del programa con las unidades encargadas de la vigilancia epidemiológica. En lo que respecta a FONASA, la discusión del presupuesto de CONASIDA es parte de la negociación interna de estos recursos entre la Subsecretaría y el Fondo como paso previo a la discusión presupuestaria con el Ministerio de Hacienda.

La estructura de gestión del programa que ha representado y coordinado la presencia del Estado en la materia, ha demostrado ser la adecuada ya que ha permitido la conformación de un referente con identidad clara, a través del cual ha sido factible desarrollar las diversas áreas con especificidad y con amplitud. Ha sido posible contar con recursos especializados en VIH/SIDA capaces de abordar el tema desde una perspectiva multidisciplinaria, con presencia en la comunidad, y que pueden actuar con fluidez en escenarios tan diversos como cárceles, escuelas, ONG de personas viviendo con VIH/SIDA, grupos con preferencia homo o bisexual, trabajadoras sexuales, etc. Cabe agregar que existe un reconocimiento internacional explícito a la Comisión, destacando la coherencia de su estructura con las decisiones tomadas en materia de VIH/SIDA por Naciones Unidas así como también su correspondencia con estructuras similares en otros países, lo que representa un respaldo de los organismos internacionales especializados a su gestión.

La incorporación del programa de ETS como un área funcional de CONASIDA ha contribuido a una mayor integración y a un uso más eficiente de los recursos en esta área de intervención, al contar con mayores recursos humanos especializados y al permitir un acercamiento común a grupos de alto riesgo.

2.3. Conclusiones sobre Eficacia

El panel considera que la población chilena y, en particular la población afectada por el VIH/SIDA, ha mejorado su calidad de vida gracias al aporte del propósito general del Programa. Al mismo tiempo, el Programa ha generado políticas públicas adecuadas a su tratamiento. Sus principales logros están referidos a:

- a. **Impacto en las actitudes de las personas frente a la percepción del VIH/SIDA y a la no discriminación:** a través de encuestas¹ se aprecia un incremento en la autopercepción de riesgo de los encuestados, desde un 6,9% en 1991 a un 28,2% en 1994. Lo mismo se reafirma con el análisis de llamadas a FONOSIDA, de las cuales un 32% son por percepción de riesgo en 1999. Acerca de la discriminación de personas VIH, el estudio COSECON (1998) demostró que un 75% de los encuestados aceptaría trabajar o estudiar con PVVIH y un 53% enviaría a sus hijos/as a un colegio donde asisten niños infectados, estas cifras son consideradas altas con relación a mediciones anteriores.
- b. **Impacto en la información (conocimiento) que manejan las personas acerca de las formas de transmisión y medidas de prevención:** Los resultados de la encuesta de la OMS (1996) situaban a Chile en el primer lugar de 5 países de América latina con un 51,5% de conocimientos adecuados, le seguían México (38,4%), Cuba (30,3%), Costa Rica (25,7%) y Rep. Dominicana (13,9%). Esta diferencia entre países es significativa puesto que Chile, Costa Rica y Cuba tienen indicadores habitualmente de gran similitud en el área de salud. En 1999 según la encuesta poblacional de CONASIDA un 93,2% de los chilenos/as conocen todos los mecanismos de transmisión del VIH y son capaces de discriminar los incorrectos. El conocimiento sobre la transmisión vertical del virus aumenta significativamente entre 1994 y 1996 tanto en hombres como mujeres: 33,8% de mujeres en 1994 aumenta a un 95% en 1996; un 27,5% de los hombres en 1994, lo que aumenta a un 93,8% en 1996. El alto nivel de conocimiento de los chilenos/as sobre este tema ha estado fuertemente influido por las campañas televisivas y radiales. La campaña masiva de 1995 incluía dos testimonios de padres de niños VIH+ lo que evidentemente repercutió en las cifras de encuestas sobre conocimiento que se han realizado a la fecha.
- c. **Impacto obtenido en la tendencia de la epidemia:** Está demostrado a través de la estabilidad en la prevalencia poblacional de la enfermedad, en la confirmación de los exámenes y su valor predictivo, y en la disminución en el incremento de las notificaciones nuevas de infecciones VIH. Los resultados son coherentes con los cambios observados a través de los estudios de conocimientos, actitudes y comportamientos realizados en el país.
- d. **Impacto en la valorización del condón como estrategia eficaz de prevención:** antes de 1985 un 23% de las mujeres y un 44% de los hombres mencionaba el condón como método de prevención. Entre 1991 y 1998 las cifras aumentaron a un 61% de las mujeres y 47% de los hombres. Respecto de la demanda de preservativos en el país se evidencia un incremento sistemático a partir de 1991, con un aumento más acentuado entre 1996 y 1997, pasando de 5.100.000 unidades en 1996 a 13.200.000 unidades en 1997. Sin embargo se estabiliza durante 1998 y presenta un descenso durante 1999 (12.051.961).

¹ TIME, 1991 y MERCOP, 1994.

La última campaña de prevención se emitió en 1997, pudiendo asociarse a este descenso.

- e. **Impacto de los programas preventivos en poblaciones más vulnerables:** a través de las llamadas a FONOSIDA se logra apreciar que durante 1999 las llamadas por percepción de riesgo de adolescentes (15 a 19 años) fueron un 23,3%, y un 45,5% de las llamadas de los jóvenes entre 20 y 24 años. Entre los hombres sexualmente activos que llaman, un 23% declaran ser hombres que tienen sexo con hombres, demostrando una focalización del acceso a este medio por parte de población de mayor vulnerabilidad.
- f. **Impacto en la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA:** El análisis de la tendencia de las notificaciones de casos SIDA por año de diagnóstico en dos períodos muestra que el incremento fue de 412% entre 1987-1992 y de 113% entre 1993-1997. Esta disminución en el incremento refleja una mejoría en la calidad de vida de las personas, permaneciendo por más tiempo asintomáticas, por efecto de las terapias antiretrovirales. Esto implica que puedan vivir más tiempo, con posibilidades de desarrollo de vida personal y social normales, y por ende que las condiciones de discriminación también se reduzcan. Sin embargo, las desigualdades en el acceso a estos fármacos y a la asistencia necesaria para el control de la enfermedad se profundizan a través del tiempo, debido básicamente a la relación que se produce en el aumento de los enfermos, carestía de los fármacos y exclusión de los tratamientos en los seguros privados de salud, lo que provoca un impacto familiar y social.
- g. **Otros impactos del Programa:** ha logrado posicionar el tema del VIH/SIDA en nuestro país y generar políticas públicas adecuadas a su tratamiento. Se estima que, por un lado, el Programa ha producido información masiva y específica que permite la internalización y uso de lenguaje utilizado en las campañas; la percepción del SIDA como un problema social; el incremento de la conciencia de riesgo personal no como problema exclusivo de homosexuales; el SIDA de instala en las relaciones sociales como un elemento de comunicación.

No obstante todo lo anterior, el panel considera que es preciso tener en cuenta al menos dos factores que –según las evaluaciones realizadas por empresas independientes de estudios de opinión- han estado presentes en los últimos años: a) ha disminuido la alerta social en la población, de allí que el SIDA, para la opinión pública, aparece como una epidemia controlada y, b) la existencia en nuestro país de conductas que dificultan la adopción de medidas de prevención (en los hombres la inconsistencia conductual los hace creer que su impulso sexual es incontrolable y, por tanto, no pueden negarse a tener relaciones sexuales; en las mujeres, vergüenza y temor de plantear inquietudes y aprensiones en una relación íntima). Por estas razones el panel considera necesario mantener la persistencia de los mensajes en un ritmo que asegure niveles de impacto social y personal, por lo tanto, recomienda reponer las campañas masivas en el corto plazo.

2.4. Conclusiones sobre Eficiencia

Para el año 2000, CONASIDA cuenta con M\$ 2.957.911, lo que representa un 5.33% del presupuesto asignado al programa 04 del Ministerio de Salud (Campañas Sanitarias²). El presupuesto de CONASIDA tiene una gran importancia relativa dentro del rubro de acciones de salud pública dirigidas al control de problemas cuya significación en términos de Magnitud, Trascendencia, Vulnerabilidad y Costos de las intervenciones dirigidas a su control son mayores que el VIH/SIDA. A este hecho contribuye el peso desmedido de los insumos de farmacia en el programa, como comparación ilustrativa, vale la pena destacar que, en 1998, el presupuesto del Programa de Inmunizaciones, que es responsable del control de la totalidad de las

² El presupuesto de este programa (04) se dedica a las acciones de manejo centralizado que se dirigen al control de problemas de salud pública relevantes, tales como Inmunizaciones, Enfermedades Crónicas, Cáncer, Accidentes y Violencias, Tuberculosis, Enfermedades Emergentes, Enfermedad de Chagas, Salud Mental, etc.

enfermedades inmunoprevenibles para el 100% de la población, tuvo un presupuesto de M\$ 4.451.539. CONASIDA aparece, entonces, como una inversión extraordinariamente relevante en el rubro de campañas sanitarias, dado el peso relativo de las drogas antivirales en su presupuesto.

El programa tiene como fuente de financiamiento fundamental el aporte fiscal. Los fondos de la cooperación internacional aparecen como poco relevantes si se comparan con el presupuesto global del programa, sin embargo, permiten desarrollar un esfuerzo muy importante en materia de conocimiento de las conductas, actitudes y prácticas desarrolladas por la población con relación al problema del VIH/SIDA y al manejo de su sexualidad (encuesta COSECON) así como en experiencias específicas de cooperación técnica y capacitación de los equipos.

Entre 1998 y 1999, el peso relativo de las drogas antiretrovirales en el gasto de CONASIDA pasó de un 56% a un 77%, representando en el conjunto del trienio un 66% del gasto. CONASIDA está financiando estas terapias para una proporción de los pacientes y portadores adultos que equivale al 49,4% de las demandas, por lo que es esperable que la importancia relativa del presupuesto de drogas aumente en el futuro si se aumenta la cobertura. Es necesario destacar que la reconocida acción de CONASIDA en el plano internacional ha significado la inclusión de Chile en el grupo de países que se beneficiarán de los programas de ONUSIDA dirigidos a abaratar el costo de los tratamientos antivirales, por lo que es posible estimar una mayor eficiencia del componente de atención integral en el futuro próximo.

En lo que respecta a costos por beneficiario de los componentes más importantes, puede señalarse que CONASIDA financió en 1999 un total de 1.624 tratamientos antivirales, de los cuales el 50% son bi-asociados y el 50% tri-asociados³. El costo per cápita promedio anual del tratamiento en 1999 fue de \$1.102.712⁴. Este costo es uno de los más altos entre las intervenciones farmacológicas financiadas por el Estado en Chile. A manera de comparación, el costo per cápita anual por beneficiario del programa ampliado de inmunizaciones fue estimado en alrededor de \$1.200 en 1998⁵.

En lo que dice relación con el componente preventivo, si se divide el costo de una campaña comunicacional masiva vía televisión abierta, estimado en M\$ 800.000 por la población beneficiaria potencial (población chilena mayor de 15 años), el costo per cápita anual sería de aproximadamente \$64, lo que el panel considera bajo considerando los impactos biomédicos, económicos y sociales que tiene para la población el aumento de la epidemia.

El programa en 1999 gasta un 94% de los recursos asignados en acciones directas sobre las personas en los componentes de prevención, atención a personas viviendo con VIH/SIDA y ETS, por lo que puede considerarse de alta eficiencia. Si se agrega a estas acciones directas los componentes de estudios y de cooperación internacional, que en la práctica apuntan ambos a mejorar el conocimiento existente para apoyar la toma de decisiones al interior del programa, el grado de eficiencia es aún mayor. Visto desde la perspectiva de la proporción de recursos que se gastan en administración del programa, la cifra es de 6% del presupuesto total en el año 1999 lo que parece adecuado a la cuantía y calidad de las acciones y al monto de recursos involucrados.

3 CONASIDA, Antecedentes para la evaluación del programa.

4 Se calculó del siguiente modo $1.790.804.392$ (correspondiente al gasto total del componente atención) / 1624 (personas que reciben tratamiento antiretroviral).

5 DIPRES, Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. 1999.

2.5. Análisis sobre el logro del Fin

El fin del Programa, contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, es difícil de aislar en cuanto a su logro de la contribución de otros programas que comparten dicho objetivo. Sin embargo, a juicio del panel, es posible que ello se esté consiguiendo, ya que existen diversos estudios en torno al programa que dan señales en este sentido. Entre ellos se puede mencionar un análisis realizado por investigadores de la Universidad Católica a partir de las estadísticas de FONOSIDA, que muestran que esta instancia representa una fuente de información de alta credibilidad a la cual se recurre para mejorar el conocimiento sobre el tema, no sólo por curiosidad intelectual sino también frente a una crisis. Las características de los consultantes muestran que se está llegando a grupos de riesgo y también a población general con información preventiva.

Estudios cualitativos (encuesta COSECON) aportan evidencia acerca del impacto de las acciones educativas de CONASIDA en el incremento del conocimiento de la población respecto al problema del VIH/SIDA, así como en la modificación de comportamientos, especialmente en situaciones de mayor riesgo de transmisión.

2.6. Continuidad de la Justificación

La continuidad del Programa se encuentra plenamente justificada en la medida que las características de la epidemia se han mantenido en el tiempo –con algunas variaciones- y las necesidades de las personas afectadas también. Mientras no se disponga de una vacuna su diseño se deberá mantener similar; no se vislumbra la posibilidad de una vacuna en el corto plazo. Se reitera la importancia de mantener un estado de permanente alerta para adecuar el programa cuando las condiciones epidemiológicas y el progreso de la ciencia lo ameriten.

Aún cuando en Chile, la enfermedad ha afectado principalmente a hombres homosexuales y bisexuales, se trata posiblemente de la primera etapa de la epidemia. Se puede pensar que en el futuro próximo el virus se manifestará de manera creciente en la población heterosexual, en mujeres, en niños y en jóvenes. Por lo tanto, resulta indispensable dirigir las tareas de prevención, en relación a las prácticas de riesgo, a la totalidad de la población.

2.7. Sostenibilidad del Programa

Si los supuestos establecidos por CONASIDA y los sugeridos por el panel se cumplen, el programa es sostenible. Es necesario destacar que se requiere enfrentar el tema de la composición de los recursos asignados, ya que el Programa de prevención y control de VIH/SIDA y ETS debería ser un esfuerzo de control integral, con un fuerte énfasis preventivo y que, en el plano del tratamiento de los casos de la enfermedad, debería ser capaz de garantizar el acceso de los pacientes y portadores a las terapias existentes.

2.8. Principales aprendizajes

La experiencia adquirida a través de la ejecución del programa es altamente relevante para los agentes de salud y para el Estado en el sentido de contribuir al tratamiento y respuesta para una enfermedad compleja y emergente. Tanto la evolución del problema como los progresos científicos en la materia han sido considerados en los equipos técnicos para su propia especialización. Destaca como útil, la estructura centralizada y dependiente de una autoridad de alta jerarquía, el Subsecretario.

3. Principales recomendaciones

Las dos principales recomendaciones a juicio del panel se refieren a:

a. Realizar campañas de comunicación masiva periódica.

A juicio del panel, esta actividad podría mejorar significativamente la eficacia del programa, manteniendo la alerta social y profundizando en el proceso de cambio de hábitos de la población respecto al VIH/SIDA (la última se efectuó en 1997). Lo anterior es importante dado el riesgo que la preocupación ciudadana pueda disminuir si los esfuerzos comunicacionales no se sostienen en el tiempo.

b. Separar el financiamiento de las drogas antivirales.

Trasladar el costo de las drogas al programa de prestaciones complejas de FONASA. Sin embargo, dada la complejidad del VIH/SIDA, CONASIDA no debería apartarse de la acción terapéutica, reservando para sí la coordinación con FONASA, la supervisión de la entrega adecuada de los tratamientos en los servicios de salud y la relación orgánica con los grupos de personas viviendo con VIH/SIDA.

Parece deseable que CONASIDA adquiera mayor autonomía en cuanto centro de costos que sea el referente del Ministerio de Salud en la relación con la DIPRES para los efectos de gestionar el presupuesto anual de la comisión. Asimismo, en futuros ejercicios sería interesante calcular con mayor precisión los costos por beneficiario de cada uno de los componentes, a fin de poder priorizar considerando la eficiencia de las intervenciones en forma más precisa. Dada la gran cantidad de información de buena calidad sobre los resultados del accionar de CONASIDA, es factible esperar un perfeccionamiento significativo al agregar el componente financiero a cada una de las acciones.