

MINUTA EJECUTIVA
Evaluación Programas Gubernamentales
(EPG)

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
VIH/SIDA
Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
(ITS)

Elaborada por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) en base al Informe Final de la evaluación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS. Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad del Panel Evaluador y no necesariamente representan la visión de DIPRES.

Panel Evaluador:

María Inés Romero (COORDINADORA)

Irma Palma

Christian Belmar

AGOSTO 2010

**MINUTA EJECUTIVA – N° 13¹
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA
Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
MINISTERIO DE SALUD**

**PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2006 - 2009
PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2010: \$13.453 millones²**

1. Descripción y Objetivo del Programa

El Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se creó en 1990³ enfocado en VIH y en 1996 se integraron las ITS⁴ al mismo. El programa tiene un ámbito de acción nacional y no tiene plazo de operación, ni se visualiza un horizonte de término.

El problema que dio origen y justificación al programa fue la aparición en el mundo, a mediados de los 70 y comienzos de los años 80⁵, de una nueva enfermedad infecciosa transmisible de origen viral, retrovirus que luego sería denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las personas viven toda la vida con el virus en su organismo y muchas de ellas no presentan síntomas ni indicios de infección durante varios años, ignorando su condición de vivir con el virus. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Dado lo anterior, el programa se enfoca en la prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, condiciones que comparten sus mecanismos de transmisión y prevención, aunque su etiología, gravedad y pronóstico son diferentes, dado que la primera requiere tratamiento de por vida por no existir terapias curativas, las que sí están disponibles para la mayoría de las infecciones de transmisión sexual.

El objetivo del Programa es disminuir la transmisión y la morbimortalidad⁶ asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otros agentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La Institución Responsable es el Ministerio de Salud. Participan en el Programa la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, los tres dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo, participa la Subsecretaría de Redes

¹ Esta Minuta ha sido elaborada por la Dirección de Presupuestos en base al informe final de la evaluación al Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el marco del Programa de Evaluación de la DIPRES. El contenido del informe final aprobado cumple con lo establecido en los Términos de Referencia y Bases Administrativas que reglamentan el proceso de evaluación. Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad del panel de evaluadores y no necesariamente representan la visión de la DIPRES.

² Corresponde a presupuesto inicial, del cual el 89,4% corresponde a presupuesto FONASA y el 10,6% restante corresponde al presupuesto de CONASIDA y Subsecretaría de Salud Pública.

³ Decreto Exento N°6, 1990.

⁴ Decreto exento N° 348, 1996.

⁵ Informe mundial sobre la situación del VIH/SIDA, ONUSIDA, 2008.

⁶ Morbimortalidad: incluye la morbilidad que se refiere a los enfermos o casos y la mortalidad que se refiere a las muertes por VIH/SIDA e ITS.

Asistenciales, y los Organismos Autónomos: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST), Instituto de Salud Pública (ISP) y Superintendencia de Salud (SIS). También, participa la red de salud a través de los establecimientos asistenciales donde se realiza la atención a las personas. El Programa en CONASIDA y las áreas que lo componen dependen de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) que a su vez depende de la Subsecretaría de Salud Pública. Es coordinado desde CONASIDA por el Coordinador Ejecutivo de la misma. Esta comisión fue creada junto con el nacimiento del programa en 1990.

El programa se desarrolla a través de 4 componentes:

1. “Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva”. Promueve la adopción de prácticas preventivas, fundamentalmente de las prácticas sexuales seguras, porque constituyen la principal vía de transmisión, de acuerdo a las políticas de salud vigentes y a los criterios y recomendaciones de los organismos técnicos internacionales. Incluye 5 subcomponentes: campañas de comunicación social educativa, proyectos de prevención del nivel grupal-comunitario, consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA), disponibilidad de condones⁷ y capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS.

2. “Atención integral⁸ para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada”. Brinda atención clínica para la detección y diagnóstico de VIH e ITS; atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH)⁹ y Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, constituyendo cada uno de estos servicios un subcomponente. La atención se realiza en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente. Complementariamente, incluye la capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS a equipos de salud encargados de la detección y diagnóstico, y de atención clínica e integral (subcomponente 4).

3. “Vigilancia Epidemiológica y Estudios en VIH/SIDA e ITS realizados y difundidos”. Provee información epidemiológica y desarrolla estudios para apoyar decisiones con base en evidencias socioculturales, epidemiológicas, económicas y clínicas del VIH/SIDA y las ITS. Se organiza en dos subcomponentes: Seguimiento epidemiológico del VIH/SIDA; y Estudios en VIH/SIDA e ITS.

4. “Cooperación con otros sectores del Estado, de la sociedad civil e internacional comprometida y cumplida”. Se orienta a generar una respuesta nacional ante el VIH/SIDA e ITS con alta participación y asociatividad entre el Estado con la sociedad civil, que considera la colaboración de otros sectores y organismos del Estado, y que establece relaciones internacionales y compromisos, y la cooperación técnica global y regional. El Programa establece una alianza estratégica con Organizaciones no Gubernamentales, asociaciones de PVVIH, organizaciones comunitarias, movimientos de la sociedad civil, centros académicos y sociedades científicas, que es llevada adelante mediante una

⁷ Como apoyo a la decisión preventiva de la transmisión sexual del VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública de salud y para la promoción social de su uso en población destinataria de las acciones y proyectos de prevención desarrollados desde las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

⁸ Considera visión integral biopsicosocial del ser humano e incorpora los avances de la investigación científica para dar respuesta a los requerimientos asociados a la calidad de vida.

⁹ El tratamiento está garantizado desde 2005 a través de su incorporación a las Garantías Explícitas en Salud (GES).

definición de instancias de coordinación y gestión de nivel nacional y regional. Por su parte, la estrategia de intersectorialidad se organiza como una relación de colaboración bilateral entre el Ministerio de Salud, a través de CONASIDA, y otros sectores y organismos del Estado, estableciendo áreas de colaboración transversal y coordinación, utilizando los mecanismos de convenios marco y acuerdos de trabajo. Las relaciones internacionales y la cooperación técnica global y regional se llevan adelante principalmente en el marco del Grupo Temático de ONUSIDA (GTO), formado por las Agencias de Naciones Unidas con presencia en el país, que presta asistencia técnica a los diversos actores del Programa¹⁰.

Las poblaciones objetivo se cuantifican según componentes y subcomponentes para los componentes 1 y 2, estrategias de prevención y atención integral. Los componentes 3 y 4, vigilancia epidemiológica y estudios y cooperación con otras instituciones constituyen actividades de apoyo fundamentales para el desarrollo del programa y para su seguimiento pero, por su naturaleza, no tienen población objetivo.

Cuadro 1: POBLACIÓN OBJETIVO COMPONENTES 1 y 2

	Descripción de la población	2006	2007	2008	2009
1. Estrategia de prevención diseñada y ejecutada de acuerdo a niveles de intervención: individual, grupal-comunitaria y masiva.					
1.1.Campañas de Comunicación Social Educativa realizada	Población objetivo de la campañas de comunicación social ¹¹	1.190.690	1.200.510	2.910.276	1.861.500
1.2.Proyectos de prevención del nivel grupal – comunitario realizados por SEREMIS	Población Vulnerable Prioritaria: HSH ¹² , personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH).	136.587	136.505	159.616	141.284
	Población Vulnerable Emergente: jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores. ¹³	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
1.3. Consejería individual en VIH/SIDA e ITS (cara a cara y FONOSIDA) implementada en los niveles correspondientes	Población Vulnerable Emergente: jóvenes, población rural, pueblos originarios- etnias, mujeres, trabajadores. ¹⁴	5.873.345	5.994.701	6.290.537	6.491.007
	Nº llamadas anuales atendidas por FONOSIDA año t (12 horas oper diarias *5 llamadas hora *5 días * 50 semanas) ¹⁵	15.000	15.000	15.000	15.000
1.4. Disponibilidad de condones como método preventivo de VIH e ITS para población usuaria de establecimientos de la red pública desarrollada	Personas que viven con VIH en control en establecimientos de la red de salud pública	10.901	11.848	12.681	14.196
	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Consultantes de ITS	15.974	14.929	15.425	16.121

¹⁰ Los principales compromisos internacionales son: Metas de Desarrollo del Milenio, Compromisos UNGASS, Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y El Caribe. "Previniendo con Educación".

¹¹ Las poblaciones se determinan de acuerdo al objetivo de la campaña anual que se establece según diagnóstico de necesidades educativas.

¹² Hombres que tienen sexo con hombres.

¹³ Para la cuantificación de la población vulnerable emergente se consideró a la población beneficiaria del sector público de salud entre 15 y 49 años de edad.

¹⁴ Para la cuantificación de la población vulnerable emergente se consideró a la población beneficiaria del sector público de salud entre 15 y 49 años de edad.

¹⁵ Si bien las llamadas no son población, representan el mejor estimador factible de aplicar.

	Población vulnerable focalizada Proyectos de la Respuesta Regional Integrada con Poblaciones vulnerables (HSH, personas privadas de libertad, personas que ejercen el comercio sexual, organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y PVVIH). Jóvenes INJUV, Universidades y otros Centros de formación ONGs y otras organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA e ITS	2.834.914	2.898.860	3.081.618	3.199.443
1.5. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizadas	Personal de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y personal FONOSIDA	53	53	74	74
	Profesionales, técnicos y monitores de SERNAM, MINEDUC, INJUV, Gendarmería, Gobierno Regional/provincial/,municipal	142	142	162	162
	Personas de organizaciones de la sociedad civil (Personas viviendo con VIH, HSH, trabajadores sexuales) y personas privadas de libertad ¹⁶	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
2. Atención integral para la detección, diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA y las ITS realizada.					
2.1. Atención integral para la detección y diagnóstico de VIH e ITS	Personas que ejercen el comercio sexual y están en control	13.288	10.006	9.097	9.085
	Embarazadas ingresadas a control en año t (detección VIH y sífilis)	175.784	196.033	202.729	200.958
	Donantes de sangre (seguridad transfusional sífilis y VIH)	Sin información	242.706	254.464	289.047
2.2. Atención Integral a Personas Viviendo con VIH/SIDA realizadas en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa vigente	Personas que viven con VIH en control activo (Personas que viven con VIH en control activo sin tratamiento ARV ¹⁷ y personas que viven con VIH en control activo con tratamiento ARV ¹⁸)	26.096	26.923	28.148	29.007
2.3. Atención a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual realizada en la red de establecimientos de los Servicios de Salud de acuerdo a modelo de atención y normativa	Consultantes de ITS atendidos por especialista nivel secundario	15.974	14.929	15.425	16.121
2.4. Capacitación y asesoría técnica en VIH/SIDA e ITS realizada	Servicios de Salud ¹⁹	28	28	29	29
	Profesionales de Equipos de Atención de VIH	56	56	56	58
	Profesionales de Equipos de Atención de ITS	56	56	56	58

2. Resultados de la evaluación

Diseño

La epidemia del VIH en Chile es de tipo “concentrado”, afectando principalmente a grupos definidos e identificables que son los hombres homo y bisexuales (hombres que tienen sexo con hombres (HSH)) y los/las trabajadores sexuales, siendo el mecanismo de transmisión la vía sexual en el 95% de los casos. El diseño del Programa responde bien a la característica de “epidemia concentrada” y la definición de los niveles grupales e

¹⁶ No se dispone del dato que representa la suma de estas poblaciones.

¹⁷ Atención Integral PVIH SIN ARV: N° de personas controladas por médico y matrona/enfermera que recibe atención integral en promedio 3 veces al año, lo que incluye: consejería, consulta especialista, condones, exámenes de monitoreo.

¹⁸ Atención Integral PVIH con ARV: N° PVIH controladas por médico y matrona/enfermera que recibe atención integral en promedio 6 veces al año por cada uno la que incluye: consejería, consulta especialista, tratamiento medicamentos, condones, exámenes de monitoreo y medicamentos para infecciones oportunistas.

¹⁹ Al menos un profesional por Servicio de Salud.

individuales en la estrategia de prevención, y la focalización en poblaciones vulnerables prioritarias ha sido eficaz hasta ahora para que la epidemia no avance sino muy lentamente a la población general.

El Programa está destinado a disminuir la transmisión y la morbimortalidad por VIH/SIDA e ITS. Con respecto a VIH/SIDA, enfermedad mortal, sus dos componentes principales contribuyen y se potencian mutuamente para conseguir sus objetivos. La estrategia de prevención considera que se enfrenta una condición que tiene factores biológicos y socio-comportamentales en su génesis y se fundamenta en los elementos básicos para ello: la abstinencia, la pareja sexual única y exclusiva, y el uso del preservativo, apoyados en educación individual, grupal y masiva.

El primer componente responde a las acciones de prevención primaria que se realizan en individuos y poblaciones “sanas”, (período prepatogénico) para mantenerlas sanas, fortaleciendo los factores de protección y evitando o reduciendo los efectos de los factores de riesgo. El objetivo es “prevenir” la aparición de las enfermedades y las actividades definidas por el programa son las que corresponden para el objetivo.

El segundo componente responde a acciones de diagnóstico y tratamiento (prevención secundaria) en personas que han adquirido el agente causal (período patogénico). Las actividades de diagnóstico (test de pesquisa Elisa y de confirmación diagnóstica para VIH y para sífilis (a través de su prueba diagnóstica, el VDRL) y tratamiento de VIH/SIDA (fundamentalmente antirretrovirales, ARV)) y las ITS (fundamentalmente antibióticos) son las que corresponde hacer. La diferencia entre VIH/SIDA y las ITS se manifiesta en que para el VIH/SIDA el tratamiento no es curativo y debe mantenerse de por vida en tanto para las ITS el tratamiento es curativo y permite a las personas volver a su condición de sano/a.

El tratamiento antirretroviral efectivo mantiene controlada la carga viral, lo que a su vez disminuye el nivel de transmisibilidad del virus desde las personas infectadas a sus contactos sexuales, contribuyendo así a la prevención. En la embarazada VIH positiva, el tratamiento, contribuye a la disminución de la transmisión vertical.

Los subcomponentes de capacitación y asesoría técnica están enfocados a mantener actualizado el conocimiento y las competencias técnicas en VIH/SIDA e ITS, tanto en prevención como en el ámbito clínico de la atención a nivel de las instituciones, lo cual es necesario, pertinente y adecuado para asegurar la calidad de los procesos involucrados.

Los componentes de prevención y atención integral son fundamentales por cuanto son los que llegan a la población y se sustentan en el conocimiento de la situación, aportado por la vigilancia epidemiológica y los estudios (componente 3) y se apoyan en la cooperación con organizaciones del Estado, de la sociedad civil y organismos internacionales (componente 4).

El programa ha desarrollado una gran cantidad de indicadores, relevantes y factibles, para los cuales existen medios de verificación objetivos, con dimensión temporal, lo que permite construir una mirada evolutiva del programa.

Los indicadores a nivel de propósito son pertinentes, suficientes y necesarios y dan cuenta de la morbilidad y de la mortalidad asociadas al VIH/SIDA, la sífilis y la gonorrea,

así como de la transmisión en la que media el conocimiento sobre sus mecanismos y el uso de medios eficaces de prevención (preservativo).

Organización y Gestión

La estructura organizacional del Programa se caracteriza por ser fragmentada, no vinculada a una única institución y sin mecanismos de coordinación permanentes. La Subsecretaría de Salud Pública trabaja con una lógica de “programas” que se definen por grupos específicos de población objetivo (niño, adolescente, mujer, adulto mayor) o por daños/condiciones que se busca controlar (infecciones respiratorias infantiles, infecciones respiratorias del adulto, salud bucal, tuberculosis). La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cambio, funciona bajo la lógica de servicios. Cada institución responde a las acciones y tareas subyacentes en sus áreas y tiene una asignación de responsabilidades y funciones especificadas en cada uno de sus componentes y subcomponentes, así como dentro de las áreas funcionales. Lo anterior representa dificultades para la gestión que desafían permanentemente a la coordinación por cuanto no existe una sola unidad ejecutora.

A lo anterior se suma que el Programa no cuenta con un Jefe de Programa. Es coordinado desde la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) por el “Coordinador Ejecutivo” de la misma que tiene escasas atribuciones para convocar a todos los organismos del Ministerio de Salud que son parte del programa para planificar en conjunto y priorizar las acciones año a año. No tiene autoridad frente a situaciones críticas ni para influir la gestión de las otras instituciones que son parte del Programa.

La estructura de CONASIDA es vertical, con áreas funcionales (de prevención, de atención integral, de estudios y área de infecciones de transmisión sexual) que dan cuenta del quehacer del programa en sí mismo. Estas áreas reflejan de forma precisa los temas y productos que se llevan a cabo dentro del mismo. Otra característica de la estructura es que tiene una conceptualización clara de objetivos, deberes y responsabilidades en las áreas funcionales definidas, las que están expresadas en la descripción de los procesos de producción de componentes²⁰.

El Programa desarrolla actividades de coordinación intersectorial, basada en el mandato de la Ley de SIDA²¹. En el periodo evaluado las relaciones de colaboración establecidas entre el MINSAL y otros organismos han sido reducidas y de escaso alcance. Existen convenios marco y acuerdos de trabajo de diversa naturaleza, nivel y extensión²². Esta

²⁰ CONASIDA tiene una responsabilidad principal prácticamente en todas las acciones que conlleva el Programa, incluso en la compra de TARV para la atención de pacientes que se realiza en los establecimientos de la red asistencial.

²¹ Artículo 2 de la Ley de SIDA N° 19.779.

²² Con el Ministerio de Justicia, a través de Gendarmería, se ha establecido un convenio de colaboración nacional para promover la prevención en poblaciones privadas de libertad, que incluye la provisión sistemática de condones (iniciado en 2001 y renovado en 2007). Con el INJUV se ha desarrollado el plan de trabajo colaborativo para el diseño de políticas de prevención destinada a jóvenes, (contempla entrega de información y distribución de condones en Infocentros con el propósito de educar sobre su uso correcto, iniciado en 2007). Con el Servicio Nacional de la Mujer se estableció un convenio marco para desarrollar líneas de intervención dirigidas a mujeres y acuerdos de trabajo en prevención del VIH en las regiones del país. Con INJUV y SERNAM la intersectorialidad tiene una expresión regional, fundamentalmente en el área de la prevención a través de la respuesta regional integrada en prevención (RRIP), la que depende, principalmente, de la existencia de proyectos grupal-comunitarios los cuales se han reducido significativamente al final del período evaluado. Con el Ministerio de Educación la colaboración se ha realizado mediante la Mesa Intraministerial MINEDUC, JUNAEB y MINSAL a través de un plan orientado a mejorar el nivel de aprendizaje, promover estilos de vida saludables, y prevenir enfermedades de niños/as y adolescentes escolares con perspectiva de equidad. Asimismo, en el periodo se desarrolló un proyecto financiado por la agencia GTZ, entre CONASIDA y la Secretaría Técnica de Sexualidad, Afectividad y Género del MINEDUC, cuyo propósito fue incorporar la Prevención del VIH/SIDA y las ITS en el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad, 2005-2010.

insuficiencia en la magnitud de sectores implicados (al igual que las bajas coberturas alcanzadas en la población vulnerable emergente) responde, fundamentalmente, al modo como ha sido concebida y llevada adelante la intersectorialidad. El Estado no ha asignado responsabilidades y funciones específicas a otros sectores que tienen una relación directa con poblaciones vulnerables específicas²³. Alcanzar a las poblaciones vulnerables emergentes (en torno a nueve millones de población potencial) de jóvenes, población rural, pueblos originarios-etnias, mujeres y trabajadores está fuera del alcance del MINSAL, y requiere de la acción multisectorial y de la inclusión de otros sectores del Estado que pueden implementar acciones vinculadas a niveles de intervención de la estrategia de prevención, (por ejemplo trabajo y educación), y/o pueden contribuir a mitigar impactos de la epidemia del VIH/SIDA y las ITS.

En el desarrollo de la cooperación y relaciones internacionales en VIH/SIDA, el Programa ha mantenido una línea de trabajo permanente, con reconocimiento positivo del Programa y de CONASIDA por los organismos internacionales, como Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Organización de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros.

El trabajo, coordinado por CONASIDA, con diversas organizaciones de la sociedad civil se ha debilitado en los dos últimos años del período de evaluación, lo que se refleja en la disminución de proyectos de prevención con poblaciones vulnerables, en la disminución de la presencia de las asociaciones de PPVIH en las actividades de cooperación, entre otros. Ello, dado que el proyecto "Fondo Global"²⁴ llevado a cabo entre julio de 2003 y junio de 2008 profundizó la participación de la sociedad civil en el diseño e implementación de actividades no desarrolladas anteriormente o realizadas sólo por el Estado, especialmente en el componente de prevención, entre ellas las campañas de comunicación social educativa (a nivel social y regional) y la consejería cara a cara y, también, en el tercer componente realización de estudios. El apoyo financiero del Fondo Global mencionado no ha sido asumido al término de éste por el presupuesto del Programa, por lo que no se ha dado continuidad a estas acciones de participación ciudadana.

Los criterios de focalización de los grupos y personas que participan de los procesos a partir de los antecedentes epidemiológicos y los conceptos de vulnerabilidad y gestión de riesgo²⁵, se consideran pertinentes porque han permitido focalizar las acciones y la

²³ Tal es el caso del MINEDUC respecto de jóvenes: alcanzar educativamente a las poblaciones vulnerables emergentes es fundamental, pues la adopción de prácticas preventivas por su parte situaría la detención de la expansión de la epidemia del VIH/SIDA en una capacidad preventiva del conjunto de la sociedad, más ampliamente que las poblaciones vulnerables prioritarias.

²⁴ Proyecto "Aceleración y profundización de la respuesta nacional intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia VIH/SIDA en Chile" desarrollado con financiamiento del Fondo Global de Lucha contra la el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

²⁵ Este enfoque sostiene que una persona o un grupo de personas pueden tener una vulnerabilidad condicionada por una o más dimensiones. Constituye un proceso dinámico que se modifica en el tiempo (según la evolución de las condiciones de vida de las personas y cambios socioculturales en su entorno). Todas las personas pueden tener algún grado de vulnerabilidad, sin embargo, existen grupos sociales que presentan una mayor concentración de factores de vulnerabilidad, haciendo más urgente y prioritario su abordaje desde las estrategias de prevención. Distingue dos categorías poblacionales: la población vulnerable prioritaria (PVP) y la población vulnerable emergente. La primera se constituye a partir de la aplicación de criterios epidemiológicos y comportamentales, en especial respecto del tipo de prácticas sexuales, los contextos en que se producen tales prácticas, variación de parejas sexuales, todo esto en relación con niveles y condiciones de prácticas preventivas asociadas a éstas. La última, a partir de criterios epidemiológicos y de carácter sociocultural, es decir de aquellas condiciones contextuales en que la interrelación de factores de diversa índole - individuales, sociales, económicos y políticos- facilitan o dificultan la exposición al riesgo de una infección.

utilización de la mayor parte de los recursos en aquellos grupos y personas más vulnerables.

El Programa realiza un esfuerzo permanente por la generación, procesamiento y utilización de la información para la toma de decisiones. Sin embargo, la información para la toma de decisiones del seguro público (FONASA), no es suficiente para llevar un adecuado seguimiento y control del flujo de recursos por concepto de atenciones y tratamiento por beneficiario. El actual sistema de información, Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) está básicamente orientado al monitoreo del cumplimiento de las garantías explícitas, y a pesar de que el tratamiento y monitoreo de exámenes está garantizado, no se registran en este sistema las atenciones otorgadas y por tanto no se lleva un registro centralizado nominado de las atenciones y, del mismo modo, los consumos o recetas despachadas no son registradas por parte de las unidades de farmacias, básicamente porque el SIGGES no fue concebido para estos efectos²⁶. A nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran sólo en fichas clínicas y otros registros locales por parte de las unidades de farmacia²⁷. Del mismo modo, para las atenciones que no son garantizadas, no se cuenta con un registro nominado de las atenciones otorgadas por concepto de tratamiento de enfermedades oportunistas, aunque a nivel local (establecimiento) las atenciones otorgadas se registran en documentos ad hoc.

Un desafío para la gestión del programa lo constituyó la llamada crisis de situación serológica no informada a personas que se habían realizado los exámenes de VIH en el Servicio de Salud Iquique en 2008, que llevó al Programa a implementar una serie de medidas a partir de una evaluación de situación para mejorar la oportunidad del proceso de información de su situación serológica a las personas²⁸. Al respecto, el análisis permitió distinguir dos situaciones: la primera se asocia a la información a las personas de su situación serológica (relacionada con el proceso de atención clínica) y la segunda se asocia a la notificación de casos al sistema de vigilancia epidemiológica (relacionada con el proceso de vigilancia epidemiológica). Luego de las medidas implementadas mejoró la situación a nivel país, llegando al 98% las personas con test VIH positivo confirmadas por el ISP y que estaba informada de su situación serológica, en octubre de 2009²⁹. Sin embargo, el 63,5% de las personas informadas en los establecimientos públicos de salud y el 41% de las informadas en establecimientos privados han sido ingresadas al sistema de vigilancia epidemiológica³⁰.

A la luz del análisis realizado, la responsabilidad es compartida entre el sistema de salud y las personas. Las personas que acuden a tomarse el examen y lo consienten informadamente no siempre asumen la responsabilidad de acceder a los servicios disponibles para su control y tratamiento, hoy garantizados, siendo este uno de los

²⁶ FONASA sólo dispone de información sobre las distribuciones de fármacos efectuadas por las compañías farmacéuticas a los establecimientos públicos, a través de un informe de facturación que mensualmente envía CENABAST a FONASA, con el detalle de fármacos (nombre y cantidad, entre otros datos).

²⁷ La única información disponible y nominada es la relacionada con los exámenes de carga viral (compra directa FONASA), genotipos y linfocitos (CD4) cuyo financiamiento es contra reportes de exámenes nominados, pagándose solo los exámenes realizados a beneficiarios de FONASA, debidamente registrados y validados.

²⁸ Estas medidas consistieron en la revisión de los puntos críticos de los procesos de atención clínica y vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de acción del programa y en acciones de refuerzo para el cumplimiento de dichos procesos, todos los cuales se consolidaron y estandarizaron en el "Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH".

²⁹ A octubre de 2008 un 91% de las personas confirmadas por ISP habían sido informadas de su situación serológica.

³⁰ Informe Nacional Estado de Situación de casos confirmados VIH/SIDA originados en establecimientos privados 2004-2008.

requisitos para ingresar los casos al sistema de vigilancia. A su vez, desde la perspectiva del sistema de salud, el profesional que atiende a las personas debe responsabilizarse de la atención clínica y de la notificación en formulario ad hoc. Los porcentajes de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica no son satisfactorios, aunque son semejantes a los porcentajes de notificación de las otras condiciones sujetas a notificación obligatoria, tanto en Chile como en otros países de América³¹.

Eficacia y Calidad

El programa ha tenido hitos importantes en las acciones que han contribuido de manera significativa a la evolución favorable de sus indicadores. Destaca entre ellos la incorporación de las terapias antirretrovirales y la incorporación del VIH/SIDA al grupo de enfermedades con garantías explícitas en salud, GES, con garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (2005). Asimismo, destaca la pesquisa de VIH y sífilis en la embarazada que se acompaña de una tendencia a la estabilización de la transmisión vertical y no al incremento de ésta.

En el periodo se observa un incremento de 2,5 puntos en las incidencias de VIH, y de 2,6 en SIDA, presentando en 2009 tasas de 7,2 y 5,1 casos por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Respecto del VIH, el análisis del período permite atribuir parte del aumento observado entre los años 2008 y 2009 a un aumento de las notificaciones epidemiológicas producto de la “crisis de información serológica”³². Respecto del SIDA a partir del año 2007 se introdujo un cambio en la definición de caso, de modo que personas que con la definición usada hasta el año 2006 eran clasificadas como VIH, desde el 2007 se incluyen en la tipificación de SIDA (basado en la cuantificación de linfocitos CD4). Esto se manifiesta a partir de ese mismo año (2007) y explica el ascenso existente entre 2006 y 2007.

Como referencia para estimar el relativo bajo nivel de prevalencia en Chile respecto de otros países de la Región, se analiza el indicador de prevalencia estimado para el grupo etario de mayor riesgo, los adultos de 15 a 49 años, en países comparables por sus características sanitarias generales: Costa Rica, Argentina y Brasil. Los datos de la evolución de la prevalencia de VIH entre 1990 y 2007 (fuente UNAIDS/WHO 2009), estudiada con igual metodología en todos los países, muestran que Chile en 2007 tiene la más baja prevalencia (0.30%), en tanto Costa Rica tiene una prevalencia de 0,38%, Argentina de 0.53% y Brasil de 0.61%.

La incidencia anual de sífilis se mantiene constante en torno a los 18,5 casos por cada 100.000 habitantes, en tanto la incidencia anual de gonorrea presenta un descenso de 1,6 puntos, alcanzando en 2009 una tasa de 6,3 por cada 100.000 habitantes. A pesar de no observarse en el periodo una disminución en la primera, epidemiológicamente el hecho que no aumenten es positivo, y que se espera se consoliden como tendencias a la baja (como sucede con la gonorrea) o a su mantención (como sucede con la sífilis).

³¹ Las Condiciones de Salud de las Américas. OPS/OMS

³² Los servicios de salud hicieron un esfuerzo adicional para ubicar a las personas, comunicarles su resultado e incorporarlos a control, así como notificar aquellos pacientes que estando en control no habían sido notificados al sistema de vigilancia epidemiológica.

La mortalidad por SIDA presenta un descenso en los 3 primeros años del período evaluado con información disponible³³ de 2,6 en 2006 a 2,3 por cada 100.000 habitantes en 2008, confirmando una tendencia iniciada el año 2001 y atribuible al uso de TARV. Destaca, asimismo, el incremento de la sobrevivencia a 36 meses de los pacientes en TARV, desde 85% en el año 2006 a 91% en 2008, también atribuible al uso de TARV.

La tasa de transmisión vertical VIH/SIDA presenta un descenso de 0,9 puntos porcentuales entre el año 2007 y 2008, y un incremento en 2009 de 1,4 puntos porcentuales (variaciones que por sus características clínico-epidemiológicas no son significativas), alcanzando en 2009 un valor del indicador de 4%.

La tasa de sífilis congénita se mantiene bajo 0,5 que es la meta fijada en los objetivos del milenio y que Chile ha hecho propios, alcanzando en 2008 un valor de 0,3³⁴.

En el período, el nivel de conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA en la población entre 15 y 24 años ha experimentado un aumento desde un 57,9% en 2007 a 82,1% en 2009³⁵. Esto expresa un avance importante en uno de los elementos que constituye la base de cualquier estrategia de prevención y de la no discriminación.

El uso del condón en la primera relación sexual en población entre 15 y 24 años experimenta un incremento desde un 46,1% en 2006 a 49,1% en 2009. El indicador definido en materia de uso de preservativos en la iniciación sexual ha tenido una evaluación positiva, reconocida por los organismos técnicos internacionales (UNGASS, ODM). No obstante, dado que sólo se cuenta con datos para ambos años señalados y dado que no se sitúa en un horizonte temporal más amplio, no es posible juzgar el ritmo del avance realizado en el período.

Desde la perspectiva de salud pública no es posible esperar grandes cambios en indicadores globales, en períodos cortos, en general inferiores a cinco años, ya que estos tienen latencia en producirse, hecho que se tiene presente en el análisis presentado anteriormente. Sin embargo, en el período de evaluación los indicadores expresan un avance importante en el cumplimiento del propósito. Son especialmente positivos el aumento de la sobrevivencia de las personas en tratamiento por VIH/SIDA y el nivel de conocimientos alcanzado sobre VIH/SIDA.

El análisis de la cobertura respecto de la población objetivo muestra, para las campañas de comunicación social educativa (subcomponente 1.1), coberturas que varían entre un máximo de 90,1% en 2007 y un mínimo de 70,1% en 2009 (1.304.911 beneficiarios), valores razonables a pesar de observarse un descenso de 11,8 puntos porcentuales en el período.

Los proyectos de prevención grupal-comunitaria en población vulnerable prioritaria (subcomponente 1.2) presentan coberturas que varían entre 23,1% en 2006 y 2% en 2009 (2.838 beneficiarios), con un descenso de 21,1% en el período, lo que se considera insatisfactorio. Los mismos, dirigidos a población vulnerable emergente varían entre 0,8%

³³ La información sobre mortalidad para todas las causas en el país sólo está disponible hasta 2008, reflejando la latencia habitual en la disponibilidad de este tipo de datos bio-demográficos.

³⁴ Información para 2009 no disponible por latencia del sistema.

³⁵ Estudios al respecto se realizaron sólo en los años 2007 y 2009, no contándose con información para los otros años de evaluación.

en 2006-2007 y 0,2% en 2008-2009 de cobertura (15.132 beneficiarios), cifra muy insatisfactoria si se desea mantener controlada la epidemia³⁶.

El subcomponente 1.3, consejerías cara a cara, tiene baja cobertura (entre 2,1% en 2006 y 3,4% en 2009, con 222.675 beneficiarios dicho año), cifras insatisfactorias dada la importancia de este subcomponente para el apoyo de las personas a quienes se confirma su condición de VIH positivo en la etapa inicial y luego para mantener la adherencia a las terapias. La consejería a través de FONOSIDA se incrementa en 35% en el periodo, alcanzando 74,3% en 2009, lo que se considera satisfactorio.

La disponibilidad de condones en el entorno clínico (subcomponente 1.4) tiene cobertura de 100% para todo el periodo de evaluación, con 39.402 beneficiarios en 2009³⁷. No sucede lo mismo en la disponibilidad de condones asociada a proyectos hacia población vulnerable en el marco de la Respuesta Regional Integrada³⁸, que tiene coberturas inferiores a 10% en el periodo, alcanzando 5,4% en 2009 (171.883 beneficiarios) y un máximo de 8,3% en 2007 (241.779 beneficiarios), cifras que se consideran no satisfactorias.

En el componente de atención integral, subcomponente 2.1 de detección y diagnóstico y en el subcomponente 2.2 de atención integral a PVVIH, se cubre al 100% de la población objetivo alcanzando 499.090 y 14.196 beneficiarios en 2009, respectivamente, lo que es una fortaleza del programa. De éstos últimos, un 79% recibe TARV en 2009, correspondiendo al 100% de quienes efectivamente requieren de tratamiento de acuerdo a su situación clínica evaluada según protocolo³⁹. La cobertura en el subcomponente 2.3 de atención en ITS también alcanza al 100% de su población objetivo.

Con respecto a la capacitación y asesoría técnica en el componente de atención integral, las coberturas son superiores al 100%, superando ampliamente las metas de capacitación, lo que se considera positivo por cuanto es una condición necesaria para asegurar una atención de calidad.

El programa ha realizado estudios que han evaluado la satisfacción de PVVIH usuarios del sistema público de salud⁴⁰. Sus resultados muestran que el nivel de satisfacción global de personas con VIH en control en establecimientos del sistema público de salud alcanza porcentajes de 85% de satisfechos y muy satisfechos, 14% de regularmente satisfechos y sólo 1,5% de insatisfechos o muy insatisfechos. Con respecto a la atención integral en

³⁶ Estas reducciones se deben a la reducción de 54% del número de proyectos (78 en 2009), debido principalmente al término del apoyo financiero dado por el Fondo Global, a lo que se suma el cambio en la gestión de los proyectos, ya que desde 2009 los recursos financieros no se manejan desde CONASIDA sino que se encuentran dentro del Plan de la Subsecretaría de Salud Pública, en que las SEREMIS han destinado montos menores a la ejecución de proyectos grupales comunitarios para la prevención del VIH y las ITS.

³⁷ Incluye Personas que viven con VIH en control en Establecimientos de la red de salud pública, personas que ejercen el comercio sexual y están en control y consultantes de ITS

³⁸ Su propósito es contribuir a la disminución de la transmisión del VIH/SIDA, las ITS y la discriminación, implementando una respuesta preventiva integrada y articulada que profundice la focalización en poblaciones más vulnerables y asegure la continuidad de acciones comunitarias y comunicacionales en población general y el acceso a recursos y servicios preventivos disponibles y en acciones de prevención. Como estrategia se fundamenta en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular en el nivel local las experiencias ya realizadas, así como avanzar en la coordinación de esfuerzos entre el sector Salud y otros sectores del Estado y de la sociedad civil organizada-, cuyos ámbitos de competencia y acción conecten con fenómenos y temáticas en que se encuentra concernido el VIH/SIDA y las ITS.

³⁹ El resto corresponde a PVVIH en control, pero que de acuerdo a su situación serológica no requieren aún de tratamiento TARV de acuerdo a protocolo.

⁴⁰ Demoscópica: Estudios Sociales y de Opinión – Consumo y Mercado – Comunicaciones: “Estudio de satisfacción de usuarios de las personas viviendo con VIH/SIDA que se atienden en el sistema de salud pública”, 4 de septiembre de 2008.

VIH/SIDA la suma de respuestas “muy bueno” y “bueno” muestran grados de satisfacción superiores a 90% en acceso a tratamiento antirretroviral, entrega oportuna de tratamiento antirretroviral en la farmacia, calidad de los medicamentos antirretrovirales y acceso y entrega oportuna de tratamientos para enfermedades oportunistas. Igual opinión positiva tienen con respecto a realización oportuna de exámenes de linfocitos CD4 y de carga viral.

Antecedentes Financieros

La principal fuente de financiamiento del Programa son los recursos provenientes de FONASA, cuya participación en el presupuesto asciende a 93% en promedio para el periodo evaluado. El 7% restante corresponde al presupuesto de CONASIDA y de la Subsecretaría de Salud Pública.

Respecto de los recursos de FONASA, el presupuesto inicial es una estimación que se realiza en el mes de junio del año anterior para efectos de calcular la apertura de la Ley de Presupuestos de cada año, la que no refleja de forma precisa las reales necesidades de presupuesto. El presupuesto final, en cambio, es la disponibilidad real de recursos para cada año. Las cifras se muestran en el siguiente cuadro:

**FONASA: Presupuesto Programa VIH-SIDA
En Miles de pesos del 2010**

Año	Presupuesto Inicial	Presupuesto Final	Transferencia Real	Diferencia Ppto. Final-Transf. Real
2006	22.377	13.227	13.227	0
2007	29.129	12.074	11.440	-634
2008	19.515	8.361	8.294	-67
2009	15.720	17.998	17.514	-484
2010	12.023	-	-	-
Variación 2006-2010	-46%	36%	32%	

Fuente: FONASA.

La diferencia entre el presupuesto inicial y final se debe fundamentalmente a problemas en la planificación financiera (estimación sobre el presupuesto histórico), así como también, al hecho que el cierre del convenio con el PNUD para la compra de medicamentos del programa, implicó la existencia de un sobre stock a partir del año 2006, ello, junto con la caída de los precios de los medicamentos genéricos, explica la caída en el presupuesto final de FONASA entre 2006-2008, aporte que en 2009 se incrementa debido al aumento de beneficiarios registrado para dichos años⁴¹, así como también debido a mejoras en la gestión del proceso de facturación de CENABAST.

Las diferencias entre el presupuesto final y la transferencia real de FONASA se explica debido a que la estimación de marco presupuestario contemplada en Decreto de cierre no coincidió con la transferencia real constituida por facturación de CENABAST más transferencias a Servicios “descolgados” de la modalidad de pago centralizado existente

⁴¹ Los beneficiarios del subcomponente 2.2 de Atención integral a PVVIH se incrementaron en un 30% en el periodo y un 12% entre 2008-2009, alcanzando 14.196 personas en 2009.

entre FONASA-CENABAST⁴². Estos recursos no se pierden si no que se integran a FONASA, donde es factible utilizarlos al año siguiente.

El componente 2 de atención integral es el componente más relevante en términos de gasto. Éste creció 37% entre 2006-2009, alcanzando \$21.164 millones el último año. El subcomponente que más creció fue el subcomponente 2.1 de detección y diagnóstico, con un crecimiento de 62%, y un gasto de \$2.995 millones en 2009, seguido del subcomponente 2.2 de atención integral, el que experimentó un crecimiento de 34%, con un gasto de \$17.698 millones en 2009.

Eficiencia y Economía

En el período evaluado el desempeño del Programa en términos de eficiencia es adecuado, considerando los progresos que muestran sus indicadores críticos. Dada su relevancia en el presupuesto, aquí se releva los resultados del componente 2 de atención integral.

El gasto por beneficiario en Atención Integral a personas con tratamiento ARV se reduce en 7% frente a un incremento sostenido en el número de pacientes tratados⁴³. El gasto por paciente es de 1,6 millones de pesos por paciente en 2009, costo que incorpora la atención integral de las PVVIH con TARV, los tratamientos para infecciones oportunistas, los exámenes (cargas virales, linfocitos y genotipos) y atención de profesionales médico y matrona/enfermera.

En Atención Integral en ITS, el gasto por beneficiario se reduce en un 11% en el periodo, alcanzando \$20.018 anuales en 2009, en tanto el número de beneficiarios se mantiene en promedio en torno a los 15.500 mil personas aproximadamente.

Los gastos de administración sólo se pudieron estimar para CONASIDA alcanzando a 12.9% en promedio en el período 2006-2009, lo que se considera adecuado en relación a otros programas públicos.

Respecto de la ejecución presupuestaria de FONASA, ésta fue de 59% para el año 2006 y de 113% en el año 2009, y la proporción promedio entre esos años fue un 63%. Tal como se mencionó, las razones fueron el cierre del convenio con el PNUD y la planificación financiera a base del presupuesto histórico. Por otro lado, al considerar el porcentaje de ejecución comparando la transferencia real y el presupuesto final, el porcentaje de ejecución mejora, en este caso la ejecución presupuestaria en promedio fue del 98%.

⁴² A lo que se suma las transferencias a Servicios para pago de exámenes linfocitos T, CD4, CD3 y CD8, de genotipificación, test de Elisa y enfermedades oportunistas niños y adultos, así como convenio marco de exámenes de carga viral (estos convenios se hacen con laboratorios que realizan exámenes muy específicos y complejos en VIH/SIDA, generalmente universidades, previa autorización del ISP que certifica calidad del laboratorio y de la técnica utilizada).

⁴³ En el año 2006 el número de pacientes llegó a 7.782 personas, en el año 2009 los beneficiarios atendidos fueron 11.262, lo que representa un crecimiento del 44.7%.

Hasta el año 2007, el programa contó con aportes internacionales (Fondo Global). La estructura actual es financiada fundamentalmente con recursos públicos y obedece a la necesidad de asumir por parte del Estado los desafíos que presentan tanto el VIH/SIDA como las ITS a nivel país. Sin embargo, aún no se alcanzan los montos con que se contaba durante la vigencia del Proyecto Fondo Global.

Justificación de la Continuidad del Programa

El problema del VIH/SIDA y las ITS sigue plenamente vigente y la situación epidemiológica mundial muestra las dificultades en su control. Con las herramientas científicas de prevención y tratamiento de que se dispone, el programa responde a través de un diseño y gestión que demuestra eficacia y economía en todas sus dimensiones.

La aceptación de los usuarios, medida a través de estudios de satisfacción y a través de la ausencia de reclamos por incumplimiento de garantías (GES), es un elemento que respalda la justificación del Programa.

No se visualiza una necesidad de reformulación considerando el conocimiento y la investigación científica y tecnológica en el mundo actual. La investigación internacional en la búsqueda de una vacuna no ha sido exitosa hasta ahora. Si ello ocurre, habrá que incorporar esta medida de prevención específica bajo las condiciones que el programa determine apoyado, como lo ha hecho hasta ahora en las decisiones, por el comité de expertos de reconocida trayectoria científica en el país.

El Programa presenta fortalezas en su diseño y, con los resultados mostrados, se justifica su existencia y continuidad.

3. Principales Recomendaciones

1. Fortalecer y ampliar las acciones de prevención, de modo de alcanzar a las poblaciones vulnerables, prioritarias y emergentes (actualmente con coberturas insuficientes) en especial a los/as jóvenes y mujeres a fin de mantener la epidemia bajo control.
2. Avanzar en la detección precoz del VIH, incluyendo el test de pesquisa en el examen anual de medicina preventiva, previo estudio de costo-efectividad, (como se hace en la actualidad en embarazadas). Dadas las características epidemiológicas, se recomienda estudiar la factibilidad que el examen de pesquisa sea ofrecido a hombres de 20 a 49 años⁴⁴ como parte del examen anual de medicina preventiva.
3. Reforzar el rol de los establecimientos asistenciales en la implementación del modelo de atención integral para VIH/SIDA e ITS de acuerdo a la normativa, cautelando calidad de los recursos humanos (incluyendo su capacitación) para mejorar y consolidar las acciones de prevención y de tratamiento así como las de seguimiento y vigilancia epidemiológica. Ello incluye reforzar el rol del profesional en la información a las personas de su situación serológica y su rol en la notificación de casos al sistema de vigilancia⁴⁵.

⁴⁴ Grupo poblacional en que la incidencia es mayor

⁴⁵ Independientemente del lugar de la red de servicios de salud, públicos y privados, donde se indique la realización del test de pesquisa, todas las personas deben ser informadas del resultado y en el caso de los resultados positivos asegurar su ingreso a los centros de atención integral donde se realiza la evaluación clínica y la etapificación y se indica el tratamiento.

4. Desarrollar mecanismos para profundizar la estrategia de prevención en una lógica multisectorial, que establezca responsabilidades, funciones, metas y compromisos específicos de otros sectores del Estado. Comprometer especialmente al Ministerio de Educación en acciones institucionales educativas destinadas a favorecer en las/os estudiantes competencias para tomar decisiones en el ejercicio de la sexualidad, al Servicio Nacional de la Mujer para que fortalezca en sus objetivos estratégicos y líneas de trabajo la prevención VIH e ITS y también generar una política de colaboración entre el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y las empresas para constituir los centros laborales en espacios educativos en vistas a la prevención del VIH y las ITS. Asimismo, se debe desarrollar mecanismos para dar continuidad, fortalecer y perfeccionar la participación de la sociedad civil alcanzada en la primera parte del periodo de evaluación en el marco del proyecto del Fondo Global, en particular de las redes que tuvieron especial relevancia en su realización.
5. Revisar la estructura organizacional del Programa, estableciendo una instancia de coordinación formal y permanente que incorpore a todas las instituciones sectoriales que participan en el programa a través de un Coordinador General ubicado en una instancia de mayor jerarquía, por ejemplo, en la Subsecretaría de Salud Pública, con mayores atribuciones que las que en la actualidad tiene el Coordinador Ejecutivo de CONASIDA, manteniendo la razonable autonomía de cada una de las instituciones participantes.
6. Agilizar los mecanismos de compra, facturación y pago de medicamentos e insumos, en los que participan con roles fundamentales FONASA y CENABAST e implementar mecanismos administrativos y legales que contribuyan a reducir los tiempos asociados a los procesos de compra.

Crear un mecanismo de corrección de los montos establecidos en la refrendación presupuestaria para la adquisición de antirretrovirales que permitan corregir los desfases temporales entre definición de compra, disponibilidad y pago.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN
RESPONSABLE**

AGOSTO 2010



GOBIERNO DE
CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Gabinete Ministro
Depto. Control de Gestión Ministerial
EGG/NOV/TMM

2797

ORDINARIO A 12 N°: _____

ANT. : Carta C-114/10 del 25 de agosto de 2010 de DIPRES; Memorándum N° Memorándum C27 N° 61, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; Ord. N° 5584 de FONASA; Ord. N° 1319 de ISP y Ord. N° 2616 de CENABAST.

MAT. : Evaluación de Programas Gubernamentales, VIH/SIDA e ITS

SANTIAGO, 31 ABO. 2010

DE: JEFA DE GABINETE SR. MINISTRO DE SALUD

A: DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

A través del presente y junto con saludarle, me dirijo a usted con el fin de acusar recibo del informe final del proceso evaluativo llevado a cabo en nuestro ministerio sobre el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y de infecciones de transmisión Sexual, en el que han participado activamente las Subsecretarías de Salud Pública, de Redes Asistenciales, el Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública, en el marco del Protocolo de Acuerdo que acompaña a la Ley de Presupuestos del Sector Público, en la línea de Evaluación de Programas Gubernamentales.

Cabe señalar que este proceso evaluativo ha constituido una instancia de mucho aporte en la articulación del programa a nivel sectorial, así como también una favorable plataforma para apreciar las fortalezas y debilidades del mismo, sobre las cuales el equipo técnico seguirá avanzando.

Sin otro particular, le saluda atentamente



ANGÉLICA ALTAMIRA GONZALES
JEFA DE GABINETE SR. MINISTRO DE SALUD

SE ADJUNTA:

1. Memorándum de la Subsecretaría de Salud Pública.
2. Memorándum C27 N° 61, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
3. Ord. N° 5584 de FONASA.
4. Ord. N° 1319 de ISP.
5. Ord. N° 2616 de CENABAST.

DISTRIBUCIÓN:

- a. Subsecretaría de Salud Pública.
- b. Subsecretario de Redes Asistenciales.
- c. Director Fondo Nacional de Salud.
- d. Director Central de Abastecimiento.
- e. Directora Instituto de Salud Pública.
- f. Depto. Control de Gestión Ministerial.
- g. Oficina de Partes.



Gobierno de
CHILE

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
COMISION NACIONAL DEL SIDA
B22/

MEMORANDUM B/N°

459

DE : SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

A : SEÑOR MINISTRO DE SALUD

Ref. : Informe Final preparado por Panel de Evaluación. Programa de
Prevención y Control del VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual
(ETS)

Fecha : 31 de agosto de 2010

En relación a la evaluación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), enmarcada en la línea de Evaluación de Programas Gubernamentales y en el Protocolo de Acuerdo firmado entre la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y el H. Congreso Nacional, cuyo Informe Final preparado por el Panel de Evaluación fue recibido en esta Secretaría de Estado a través de la carta C-114/10, tengo a bien indicar lo siguiente:

1. La evaluación constituye un aporte fundamental para el mejoramiento del Programa que desarrolla el sector salud a través de las diferentes instancias que lo conforman.
2. Esta Subsecretaría concuerda con las Conclusiones del Informe que indican - entre otras que - : *“El diseño del Programa presenta alta consistencia – basado en un diagnóstico adecuado – y coherencia- por articular adecuadamente el fin, el propósito, los productos, sus estrategias sus actividades, metas y mecanismos de evaluación.....El Programa ha respondido a la característica de “epidemia concentrada” y la focalización en poblaciones vulnerables prioritarias ha sido eficaz, hasta ahora, para que la epidemia no avance sino muy lentamente a la población general, quedando radicada en los grupos que presentan mayor riesgo”.*

..//

3. Asimismo, esta Subsecretaría está de acuerdo en términos generales con las Recomendaciones contenidas en el capítulo IV del mencionado Informe. Dichas Recomendaciones serán un insumo para elaborar los compromisos del conjunto de instancias que conforman el sector de salud público, los cuales sin duda permitirán mejorar la implementación del programa y por tanto sus resultados.

Finalmente, quien suscribe, desea agradecer al Departamento de Evaluación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda su disposición al trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y en particular con la Subsecretaría de Salud Pública.

Le saluda atentamente,



Liliana Jadue Hund

Sra. Liliana Jadue Hund
Subsecretaria de Salud Pública

Distribución:

- Subsecretaria de Salud Pública
- Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades
- Departamento de Control de Gestión
- CONASIDA

Sra. CMV/Sr. CFM/EU/BEA/Mat.APO/EON/NMB

[Handwritten signatures and initials]



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE GESTION DE LA RED ASISTENCIAL
DEPTO. GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

NMO / HGD / EHS / HFC / JDV / ACR / GSA

61

MEMORANDUM C27 N°

ANT: Carta C-114/ 10, del 25 de Agosto de 2010,
DIPRES.

MAT.: Evaluación de Programas
Gubernamentales, VIH / SIDA y ETS.

SANTIAGO, 31 de Agosto de 2010.

DE: SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

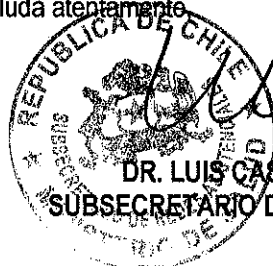
A: MINISTRO DE SALUD

Por intermedio del presente, me dirijo a usted con el fin de dar una respuesta al Informe Final de Evaluación de VIH/SIDA e ETS, recepcionado a través de la carta del antecedente.

Sobre el particular, se manifiesta que el proceso evaluativo ha permitido incorporar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales con la Subsecretaría de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública en un espacio de trabajo y un fin común, sobre el cual se ha podido relevar la perspectiva del usuario y analizar la descentralización de la atención de pacientes, desde la Subsecretaría de Salud Pública a la Red Asistencial, propendiendo a un modelo de atención integral para el VIH/SIDA e ETS.

Con respecto a lo anterior, se continuará trabajando con el equipo técnico sobre las oportunidades de mejora detectadas en las conclusiones y recomendaciones.

Sin otro particular, le saluda atentamente



DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCION:

- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión de la Red Asistencial
- Depto. Control de Gestión Ministerial
- Departamento GES
- Departamento de Gestión de Servicios de Salud
- Oficina de Partes



005584 31.08.10

ORD. 2C/Nº : _____ /

MAT.: PANEL DE EVALUACIÓN,
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DEL VIH/ SIDA Y ETS

_____ /

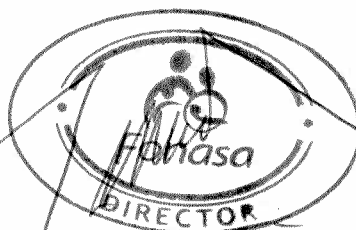
DE: DIRECTOR FONDO NACIONAL DE SALUD

A: MINISTRO DE SALUD

En relación a la Evaluación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), informo a usted que este Fondo Nacional de Salud integró el mencionado proceso de evaluación.

FONASA participó específicamente en el análisis del mecanismo de financiamiento del tratamiento de las personas con VIH/SIDA, y continuaremos trabajando en el mejoramiento del programa de acuerdo a las conclusiones y recomendaciones del informe final de esta evaluación.

Saluda atentamente a usted,



**MIKEL URIARTE PLAZAOLA
DIRECTOR
FONDO NACIONAL DE SALUD**

DISTRIBUCION:

- * Ministro de Salud
- * Tamara Makuc- MINSAL
- * Jefe Depto. Planeamiento Institucional
- * Subdepto. de Intermediación
- * Sección de Compras y Abastecimiento
- * Oficina de Partes



ORD. : N° 1319

ANT : Carta C-114/10 de la Jefa de División Control de Gestión de Dipres

MAT : Evaluación Programa de Prevención y Control del VIH SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

SANTIAGO, 31 AGO. 2010

**A: DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**

**DE: DRA. MARÍA TERESA VALENZUELA BRAVO
DIRECTORA INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE**

1. En relación a la Evaluación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA, cuyo Informe Final ha sido recibido por este Servicio, cabe señalar a usted que esta Evaluación constituye un aporte fundamental para el análisis y evaluación del mencionado programa; no obstante que el trabajo desarrollado por el Instituto de Salud Pública en la materia de análisis (confirmación de casos positivos), tiene un alcance específico para uno de los componentes del programa evaluado.
2. En lo relativo a las recomendaciones del panel evaluador, y específicamente a la implementación de aquélla referida a "Avanzar en la detección precoz del VIH incluyendo el test de pesquisa en el examen anual de medicina preventiva...", esta Dirección manifiesta su interés en que se considere el incremento de la cantidad demandada que afectaría a los análisis de confirmación de casos positivos y, consecuentemente la mayor carga de trabajo y presupuestaria que ello representaría para el Instituto de Salud Pública de Chile.
3. Finalmente, esta Dirección agradece a la Dirección de Presupuestos su disposición al trabajo conjunto con esta Institución y manifiesta su voluntad de colaborar en la implementación de compromisos que surjan a partir de los resultados de esta evaluación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,


**DRA. MARÍA TERESA VALENZUELA BRAVO
DIRECTORA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE**



MOE/IVG/DGG.-

ORD. N° 2616 /

ANT.: Copia Ord. N° 4943 Control de Gestión
Dipres a Subsecretaría de Salud Pública.

MAT.: Respuesta a Informe Final VIH/SIDA e
ITS, de la Dipres.

SANTIAGO, 31 AGO 2010

PARA : Dr. JAIME MAÑALICH MUXI - MINISTRO DE SALUD

DE : SR. RAFAEL BUSTOS ALVAREZ - DIRECTOR (S) CENABAST

Respecto del Informe Final emitido para el Programa Nacional de Prevención y Control del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH /SIDA) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Ministerio de Salud, por la División de Control de Gestión de la Dirección de Presupuestos, el cual ha sido revisado por Cenabast, nos permitimos indicar que este estudio se traduce en un análisis de gran aporte para los procesos establecidos que involucran a nuestra Institución para este Programa y que las recomendaciones efectuadas por el panel evaluador nos hacen visualizar de manera más objetiva los puntos a mejorar.

Para Cenabast los procesos de compra y distribución bajo la modalidad de distribución directa son de gran relevancia, tanto por los Programas como por los montos involucrados en ella, por lo que el presente Informe es una oportunidad para mejorar tanto los procesos establecidos entre las Instituciones involucradas del Sistema de Salud, como las funciones que le competen a CENABAST en su proceso de compra, distribución y facturación.

Asimismo, hacemos importantes esfuerzos para realizar procesos de compra y distribución eficientes bajo abastecimiento efectuado por la Cenabast, en la que ponemos a disposición nuestros recursos humanos y tecnológicos para llevar a cabo distribuciones en tiempo y forma según nos lo soliciten, llegando a los puntos más extremos del país sin variaciones en nuestros precios.

No obstante lo anterior, concordamos plenamente con el Informe, asumiendo que todos estos procedimientos son mejorables, logrando optimizaciones en los procesos de compra y distribución, considerando un nivel superior a modo de coordinación del proceso en su totalidad, con el fin de supervisar el correcto flujo de fondos disponibles para la compra y pago de medicamentos e insumos por parte de los Servicios de Salud y Establecimientos en general para su distribución y control.



Cenabast

Finalmente quien suscribe, agradece la oportunidad que se nos da como Institución al poder participar en esta instancia, permitiéndonos prestar un servicio cada vez más acorde a lo que se espera y que es uno de nuestros principales objetivos.

Saluda atentamente a Usted,


CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL
DIRECTOR
RAFAEL BUSTOS ALVAREZ
DIRECTOR (S)
CENABAST

DISTRIBUCION:

- Control de Gestión - Dipres
- Subdepto. Clientes - Cenabast
- Of. de Partes.-