

“Evaluación Nacional de la Consejería para la Prevención del VIH/SIDA”

S I N T E S I S

Realizado por
FLACSO-CHILE

Comisión Nacional del Sida
(CONASIDA)



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



DOCUMENTOS TÉCNICOS DE CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH
SANTIAGO ABRIL DE 2004

**“EVALUACIÓN NACIONAL DE LA
CONSEJERÍA
PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA”**

S Í N T E S I S

Realizado por

FLACSO-Chile

**COMISION NACIONAL DEL SIDA
MINISTERIO DE SALUD**

Documentos Técnicos de Consejería para la Prevención Primaria del VIH

Equipo Investigador
FLACSO-Chile

Coordinadora General:
Teresa Valdés

Coordinador del Estudio Nacional
en el Sistema Público de Salud:
José Olavarría

Coordinador del Estudio en Instituciones
de la Sociedad Civil de la R.M.
Gabriel Guajardo

Responsable de la encuesta:
Sebastián Madrid

Responsable de la Plataforma:
Rodrigo Vera G.

Asistentes:
Gonzalo Rojas, Arturo Márquez

Entrevistadores:
**M. Cristina Benavente,
Rodrigo Parrini y Susana Olavarría**

Asesoría:
**Rodrigo Vera,
Tim Frasca y Alejandra Fergadiott**

Edición General:
Ximena Solar

Coordinación Técnica del Proyecto
desde CONASIDA

Revisado Por:
Dra. Anabella Arredondo P.
Coordinadora Ejecutiva, CONASIDA

Irene Escribano
Encargada Área de Prevención, CONASIDA:

Colaboración Especial:
Red Nacional de Consejería para
la Prevención del VIH/SIDA.

Diagramación:
Vania Flores V.

Impresión:
Alerce Talleres Gráficos S.A.

Edición:
500 ejemplares - Diciembre de 2004

Impreso en Santiago de Chile.

Inscripción
N° 144.260

Permitida la reproducción parcial de datos, citando la fuente.
Distribución gratuita, prohibida su venta

PRESENTACIÓN

Tenemos el agrado de presentar los resultados de la primera evaluación de carácter nacional a la estrategia de Consejería para la Prevención Primaria del VIH/SIDA en el Sistema de Salud Público de nuestro país y en organizaciones de la sociedad civil de la Región Metropolitana, realizada entre octubre de 2003 y marzo de 2004.

Este documento contiene la síntesis de los principales hallazgos encontrados por el equipo evaluador de FLACSO Chile, y constituyó el primer paso en un proceso más amplio de perfeccionamiento de esta estrategia, iniciado por la Comisión Nacional del SIDA, en el contexto del proyecto: "Optimización de la Consejería para la Prevención Primaria del VIH" del Componente Prevención del Proyecto Fondo Global en Chile.

Esta experiencia, que también denominamos "Valorando la Consejería", se orientó con fuerza a obtener un diagnóstico global de la situación de instalación de la consejería en Chile, tanto desde sus fortalezas como en sus debilidades, con el objetivo de contar con insumos suficientes para dar inicio a un proceso de optimización global y progresivo a través del reforzamiento de las áreas que requieran ser más profundamente desarrolladas.

A través de esta publicación deseamos compartir estos resultados, junto con reconocer el arduo trabajo que durante años han ejercido los consejeros y consejeras de nuestro país, con la confianza que los resultados que aquí se plasman permitirán dar cuerpo a un proceso de mejoramiento que beneficiará tanto a consejeros(as) como a nuestros consultantes y a la estrategia en su conjunto.

Agradecemos especialmente a los integrantes de la Red Nacional de Consejería tanto del sistema público de salud como de organizaciones de la sociedad civil que participaron activamente en la realización de este estudio, haciendo posible compartir con ustedes estos resultados.

COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA

INTRODUCCION	8
I. LA CONSEJERIA PARA LA PREVENCION PRIMARIA DE VIH/SIDA.	12
II. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION DE CONSEJEROS PARA LA PREVENCION PRIMARIA EN VIH/SIDA EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD EN EL PAIS.	19
1. Los/as consejeros/as formados/as	21
2. La oferta educativa	22
3. Evaluación de la formación	24
4. Necesidades de formación y capacitación	26
5. Actividades de réplica en Regiones y Servicios de Salud	27
III. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION DE CONSEJEROS EN PREVENCION PRIMARIA DE VIH/SIDA DESARROLLADOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL DE REGION METROPOLITANA.	28
IV. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACION DE LA CONSEJERIA DE PREVENCION PRIMARIA EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD.	30
1. La consejería cara a cara	30
2. Contexto institucional en que se realizan las consejerías	41
3. Problemas y dificultades	42
4. Condiciones de trabajo y satisfacción de los/as consejeros/as	44
5. La Red de Consejeros/as para la prevención primaria de VIH/SIDA	45

6. Derivaciones desde el FONOSIDA	46
7. Apoyo de organizaciones de la sociedad civil	46
8. Impacto de la Campaña comunicaciones del 2003 (CONASIDA)	46
9. Consultantes del sistema público	47
V. DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACION DE LA CONSEJERIA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN REGION METROPOLITANA.	51
1. La mirada de los consultantes/as sobre la consejería y su satisfacción	51
2. Caracterización de las condiciones de implementación del servicio de consejería y satisfacción de los consejeros	53
a) Las intencionalidades de la consejería en VIH	53
b) Los actores de la consejería	58
c) La relación o mediación en la consejería	60
d) Acciones en las sesiones de consejería	61
e) Técnicas o materiales de apoyo a la consejería	62
f) Contextos temporales y espacial de la consejería	62
3. Los contextos de sustentabilidad de la consejería y calidad del funcionamiento en redes	63
4. Carencias, expectativas y demandas de los consejeros/as en VIH	66
VI. SUGERENCIAS PARA LA REFORMULACION Y OPTIMIZACION DEL MODELO DE FORMACIÓN DE CONSEJEROS PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH/SIDA	69
A. SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	69
1. Formación centrada en la prevención del VIH/SIDA	70
a) Modelo centrado en la prevención	70
b) Empoderar a los/as consultantes	70
c) La confidencialidad como recurso para la prevención primaria	71

d) La voluntariedad como recurso para la prevención primaria	72
e) Incentivar la capacidad de los/as consejeros/as de comprender las necesidades de los/as consultante	72
f) El sentido de los registros y la atención en los/as consultantes	72
g) Herramientas para situaciones complejas	72
h) Profundizar el conocimiento de las poblaciones vulnerables emergentes	72
i) Manual para la consejería de prevención primaria de VIH/SIDA	73
2. Procedimientos y mecanismos de la formación	73
a) Revisar el o los tipos de formación	73
b) Sistema continuo y permanente de formación	74
c) Establecer un sistema de evaluación y supervisión de la formación	74
d) Constante actualización de conocimientos y estrategias de abordaje	74
e) Experticia comprobada de los responsables de las actividades de formación ...	74
f) Distinguir entre formación y sensibilización	74
g) Establecer criterios de selección del personal para la consejería	75
h) Atención especial	75
i) Incentivar la formación en consejería para la prevención primaria en los estudios universitarios	76
B. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL	76
1. Desarrollar un programa de formación continua que permita profundizar en el conocimiento técnico y profesional de materias vinculadas a la consejería en VIH. ...	76
2. Generar un proceso de diálogo para construir consensos sobre la formación de consejero y un sistema de acreditación estandarizado	76
3. Publicar y difundir los recursos educativos y didácticos elaborados por las instituciones de la sociedad civil para permitir el intercambio de experiencias de formación en consejería en VIH	76
VII. SUGERENCIAS PARA LA REFORMULACION Y OPTIMIZACION DE LOS SERVICIOS DE CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN PRIMARIA.....	77
A. SISTEMA PUBLICO DE SALUD.....	78
1. Recomendaciones generales	78
2. La consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA	79

a) Revisar el modelo conceptual de consejería, sus objetivos y propósitos	79
b) Fortalecer la acción de los/as consejeros/as	80
c) Asegurar la Sustentabilidad del sistema de consejería.....	81
d) Reglamentar la Ley N° 19.779 y establecer procedimientos	82
e) La Red de consejeros/as	83
B. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL	83
1. Afianzar la lógica de prevención del VIH/SIDA en la consejería pre y post test negativo	83
2. Estimular un proceso de diálogo entre las instituciones de la sociedad civil para abordar el diseño, implementación y evaluación de las sesiones de consejería pre y post test de ELISA.	83
3. Apoyar la gestión de instituciones de la sociedad civil que requieran resolver los problemas de infraestructura para las actividades de la consejería.	83
4. Elaborar una estrategia comunicacional con las instituciones de la sociedad civil, con un énfasis en el componente de relaciones públicas.	84
VIII. INSTRUMENTOS DE EVALUACION	85
Cuestionario N° 1	107
Cuestionario N° 2	115
Referencias Bibliográficas	115

INTRODUCCION

La estrategia de prevención del VIH/SIDA impulsada por CONASIDA a nivel nacional contempla tres niveles de trabajo. Uno masivo, destinado a mantener la alerta social y percepción de riesgo en la población general, a través de mensajes en los medios comunicación social, el trabajo con comunicadores sociales y la realización de eventos. Un segundo nivel -grupual comunitario- para socializar aprendizajes entre pares y promover ambientes sociales que valoren la prevención, mediante la focalización en grupos vulnerables y proyectos intersectoriales comunales, y un tercer nivel -individual- destinado a apoyar la gestión del riesgo entregando información y orientación personalizada a las personas. Ello a través de la consejería cara a cara y de la consejería telefónica.

Asimismo, a partir del año 1996 se inicia el proceso de Proyectos intersectoriales en diversas regiones del país, que da origen el 2000 al desarrollo de Planes regionales intersectoriales de respuesta al VIH/SIDA, destinados a consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos, adecuados al perfil epidemiológico local.

En el marco de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA en el mundo, la consejería ha ido cobrando un lugar día a día más significativo. Es así que se le han asignado dos principales objetivos: por una parte, prevenir la infección y transmisión del VIH (prevención primaria y secundaria) y apoyar la adherencia a tratamientos (prevención terciaria), y por otra, dar apoyo psicosocial a las personas que directamente o no, están afectadas por él. Esencialmente se la asocia a un proceso de facilitación y de apoyo en la toma de decisiones, orientadas todas a la disminución del riesgo y reducción del daño.

En este marco, la Comisión Nacional del SIDA inicia la instalación de la consejería en los Servicios de Salud de Chile a partir del año 1991, capacitando a profesionales vinculados a la toma del examen de detección del VIH. En 1997 se implementa un Modelo de Formación de Consejeros que se aplica a todos los Servicios de Salud del país. La instalación de este Programa Nacional de Formación de Consejeros, incorpora la capacitación a los equipos para la realización de réplicas locales que permitieran asegurar la continuidad de la formación a nivel local; acompañamiento al proceso y establecimiento de redes. Los objetivos generales que ha planteado CONASIDA para la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en Chile apuntan a la entrega de:

- apoyo educativo
- apoyo a la gestión de riesgo y reducción del daño
- apoyo psicosocial
- apoyo en la vinculación en redes

De este modo, la consejería está orientada a determinar las formas en que los estilos de vida y las conductas de una persona pueden representar un riesgo para adquirir el VIH y a contribuir a su modificación. En su aplicación, la consejería tiene diferentes características en función de la modalidad de desarrollo, el lugar donde se realiza, los actores sociales interesados, la estrategia en curso, los grupos objetivos y de las diversas necesidades de apoyo psicosocial.

Se distingue entre la consejería para la prevención en términos generales, cuyo eje central es la promoción de conductas sexuales más seguras respecto a la epidemia, y la consejería asociada al test de detección del VIH, referida tanto a la consejería pre-test como también, post-test (consejería para resultado negativo y positivo).

Más allá de la diversidad de características que puede tener la consejería se reconocen cuatro componentes centrales: entrega de información personalizada, apoyo emocional para enfrentar el estrés vinculado con el VIH; evaluación y planificación de la reducción de los riesgos y daños, y derivación a otros servicios, según las necesidades específicas de los consultantes. A ello se agrega la vinculación a redes de apoyo.

La implementación de la consejería requiere, muy fundamentalmente, la formación de consejeros/as capaces de establecer una relación de ayuda y dar el apoyo psicosocial necesario, junto con la información y herramientas que permitan a la persona consultante decidir sobre su vida.

El estudio "Evaluación Nacional de la Consejería para la Prevención del VIH/SIDA" encargado a FLACSO por CONASIDA se enmarca en el desarrollo del Proyecto "Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile", aprobado por el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la Malaria.

Entre los objetivos específicos de dicho Proyecto se considera optimizar los modelos de consejería para la prevención del VIH/SIDA, su aplicación a nivel individual, y desarrollar modelos de consejería entre pares en poblaciones vulnerables.

De aquí la presente evaluación del modelo de formación de consejeros y de su aplicación, así como de los modelos de consejería entre pares para población vulnerable. Su propósito es el mejoramiento de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA, tanto de la formación de consejeros/as como de la implementación en el sistema público y en ONGs de Región Metropolitana. Para ello tuvo los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del estudio fue evaluar los modelos de formación y aplicación de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA instalada en el sistema público de salud de todo el país, y en organizaciones de la sociedad civil que realizan consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en la Región Metropolitana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos fueron:

- Evaluar los procesos de formación de consejeros desarrollados en el sistema público de salud del país y aquellos desarrollados en organizaciones de la sociedad civil que realizan consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en la Región Metropolitana.
- Evaluar los procesos de implementación de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA tanto en el sistema público de salud, como en las organizaciones de la sociedad civil señaladas.

El presente estudio apuntó a los procesos, es decir, la relación entre las actividades realizadas y los resultados alcanzados en la formación de consejeros y en la implementación de la consejería. En segundo lugar, se concentró en la efectividad y utilidad, entendida como la relación entre los resultados obtenidos en cada experiencia de consejería analizada y los objetivos propuestos: apoyo educativo, psicosocial, a la gestión de riesgos y a la vinculación en redes. La efectividad centra su análisis en la percepción de los cambios en las prácticas e interacciones de los consejeros y consultantes de esos servicios en el sistema público de salud.

Para estos efectos, la recolección de información se centró en los procesos de formación de consejeros/as, en la gestión de la consejería y en las condiciones en que esta se desarrolla, tanto en la investigación en el sistema público, como en el estudio en las organizaciones de la sociedad civil en la Región Metropolitana.

La formación de consejeros constituyó un eje transversal en todo el proyecto. Para estos efectos se hizo una revisión de los diseños de formación disponibles, el plan de cursos y los materiales utilizados en los cursos y/o talleres de formación de CONASIDA. También se analizó el proceso de formación y su influencia en las prácticas de consejerías según el relato de los/as propios/as consejeros/as.

Interesó conocer las percepciones de los consejeros/as en cuanto a la capacidad adquirida para ser continentes afectivos de los consultantes y para contribuir a la formulación de planes de reducción de riesgo y daños. Asimismo, se indagó sobre la capacidad de los consejeros de seguir aprendiendo a partir de la práctica de las consejerías, lo que podría paliar las insuficiencias de formación y/o contribuir a enfrentar la complejidad y diversidad de circunstancias personales y culturales comprometidas en las prácticas de consejerías.

En segundo lugar, se profundizó en la implementación de la consejería, y especialmente, la eficiencia y calidad de la gestión de los equipos para llevar a cabo las actividades que garantizan los resultados esperados.

Se buscó identificar aquellos elementos positivos que aparecen en las voces de los consejeros y los consultantes. En este sentido, interesó, la narración que hacen los sujetos participantes de modo de conocer la definición de su propia experiencia, entendiendo que aspectos como la continuidad, término, replicabilidad y formas de optimización de las experiencias requieren la in-

corporación activa de quienes han desarrollado la consejería.

Se tuvo presente, también, la medida en que los/as consejeros/as, consultantes/as, directivos y encargados de la consejería en el sistema público de salud, logran identificar factores externos -fuera del control de los ejecutores- que condicionan los resultados esperados, como son aquellos de tipo epidemiológico (prevalencia del VIH, distribución y tendencias), sociocultural (actitudes sociales y de grupos clave de la sociedad), históricos y políticos (legislación y normativas sobre el examen, notificación de enfermedades, compromiso político con el tema) y de oferta de servicios (distribución del personal y los establecimientos de salud, de planificación familiar y otros).

Finalmente, esta evaluación pretendió contribuir al conocimiento que fundamenta la consejería, aportando al aprendizaje y a los conocimientos que los propios equipos a cargo de los servicios tienen de los problemas que enfrentan.

Es pertinente señalar que esta evaluación se realiza en un contexto de particular relevancia y oportunidad: no sólo en el marco del Proyecto "Aceleración y Profundización de la Respuesta Nacional, Participativa y Descentralizada a la Epidemia VIH/SIDA en Chile", aprobado por el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la Malaria, sino de la puesta en marcha de una reforma del sistema público de salud que incluye la instalación de la autoridad sanitaria regional y el fortalecimiento de la red de atención.

No obstante, existen otros elementos a destacar, como los cambios que ha sufrido la epidemia del VIH/SIDA, tanto por su extensión a otros grupos y sectores de la población, como por los avances en las terapias retrovirales que le han quitado su carácter "mortal" transformándola en enfermedad crónica. Ello ha tenido consecuencias en la subjetividad y en las prácticas de las personas, especialmente en cuanto a la evaluación de sus conductas de riesgo.

Para llevar a cabo este estudio se formó un equipo de trabajo integrado por investigadores/as y algunos/as expertos en el tema¹, y se organizó la tarea en dos subproyectos, uno destinado a analizar los procesos de formación e implementación de la consejería en organizaciones de la sociedad civil en Región Metropolitana, y otro nacional, destinado a evaluar tanto el proceso de formación como la implementación de la consejería en prevención primaria en el sistema público del país. A lo largo de todo el proceso de investigación se mantuvo una interlocución estrecha con la contraparte técnica de CONASIDA, lo que permitió un trabajo fluido, con la aprobación de los instrumentos, con apoyo para los contactos con autoridades, encargados de programa y consejeros.²

El estudio de la consejería entre pares en Región Metropolitana abarcó cinco ONGs especializadas en VIH/SIDA³. Incluyó reuniones del equipo investigador con las instituciones, sistematización de las conversaciones, lectura de los documentos proporcionados por las instituciones, entrevistas individuales según las decisiones muestrales (29 entrevistas) y aplicación de un cuestionario. En el estudio nacional⁴ se utilizó una encuesta

autoaplicada a través de internet dirigida a todos/as los/as consejeros/as registrados en CONASIDA, y algunas mediante cuestionario impreso, obteniéndose 219 respuestas. En segundo lugar, se entrevistó a 94 personas entre Consejeros/as, Consultantes (hombres y mujeres), Personas viviendo con VIH (hombres y mujeres), Directores de servicio, Encargados de programa a nivel de servicios, Seremi e informantes calificados, en las regiones I., V., Metropolitana y VIII y un total de 6 servicios de salud.

Los resultados de cada componente del estudio fueron entregados a CONASIDA en un Informe Final de 239 páginas y un volumen con seis Anexos.

El presente texto resume el Informe Final e incluye las sugerencias para optimizar tanto la formación como la implementación de la Consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA en el país. Si bien incluye los conceptos y elementos centrales de la investigación realizada, los resultados en toda su magnitud están en el Informe Final y sus Anexos.

¹ El equipo de investigación estuvo formado por: Teresa Vaidés, coordinadora general; José Olavarría, coordinador del estudio nacional en el sistema público de salud; Gabriel Guajardo, coordinador del estudio en instituciones de la sociedad civil de la Región metropolitana; Rodrigo Vera, Tim Frasca y Alejandra Fergadiott, expertos; Sebastián Madrid, responsable de la encuesta a consejeros; Rodrigo Vera G., responsable de la plataforma y cuestionario en internet; Gonzalo Rojas, asistente en el estudio en instituciones de la sociedad civil; M. Cristina Benavente, Rodrigo Parrini y Susana Olavarría, entrevistadores en el estudio nacional en el sistema público; Arturo Márquez, asistente en el estudio nacional en el sistema público.

² Esta evaluación debería ser confrontada, por una parte, con la mirada de las personas consultantes, y por otra, con otras técnicas de recolección de información, como son la observación y la etnografía. Las entrevistas –pocas- realizadas a personas viviendo con VIH y a consultantes, dan una visión diferente de las prácticas que relatan los/as consejeros/as, a veces menos positiva y más crítica y con aspectos no reconocidos necesariamente por los actores antes mencionados. Por otra parte, las/os entrevistadores del equipo, que realizaron entrevistas en terreno, pudieron observar, en algunos casos, prácticas bastante diferentes de las reconocidas en las entrevistas, referidas a las condiciones de las salas de espera, al trato a los/as consultantes, a la confidencialidad. Al no haber sido incluidas sistemáticamente en este estudio, no es posible integrarlas en este informe.

³ El detalle de la Metodología y los instrumentos utilizados se encuentra en el Informe de Avance entregado en enero de 2004.

⁴ Ibid.

I. LA CONSEJERIA PARA LA PREVENCION PRIMARIA DE VIH/SIDA

La consejería para la prevención liga dos nociones que tienen historia, la prevención, por una parte, y la consejería, por otra. A lo largo de los años estas nociones se van ajustando a la realidad y las necesidades de la población, incorporando nuevas dimensiones y problemáticas. La prevención es considerada una dimensión fundamental en la promoción de la salud, y la consejería ocupa un lugar cada día más relevante en cuanto a abordar los nuevos desafíos que vive la población en sociedades postmodernas caracterizadas crecientemente por el riesgo (Beck 1998). La consejería en prevención aparece como una acción social que permite aminorar los riesgos en una sociedad donde las consecuencias de las acciones humanas se vuelven poco predecibles⁵.

La idea de prevención amplía el concepto de consejería y lo coloca en un continuo que va desde la educación sexual, la información y orientación al conjunto de la población en relación al VIH/SIDA, hasta las acciones específicas de prevención en torno al Test de ELISA, dirigida a: *"personas que viven con el VIH o el SIDA, sus parejas, familiares y amigos; personas que solicitan la realización del test de detección del VIH; personas que buscan ayuda para prevenir situaciones de riesgo de exposición al VIH, y personas que viven situaciones de crisis relacionadas con el VIH, como ante el resultado de exámenes de carga viral, aparición de síntomas, decisiones frente al embarazo, etcétera"*⁶.

El control de la epidemia del VIH/SIDA constituye, sin duda, uno de los mayores desafíos que enfrentan hoy los gobiernos a la hora de asegurar el bienestar de la población y es así que las nociones de prevención y de consejería adquieren nuevas acepciones y se redefinen y especifican en el marco de las estrategias para enfrentar la epidemia, cuyos objetivos son la disminución de la transmisión del VIH/SIDA y de la discriminación de las PPVH.

En efecto, ya en 1987 la OMS ya había adoptado y recomendado la consejería como estrategia de apoyo psicosocial privilegiado para la prevención del VIH/SIDA, definiéndola en sus documentos como *"un diálogo confidencial entre un(a) consultante y un(a) consejero(a) cuya finalidad es contribuir a que el primero supere su estrés y tome decisiones relacionadas con el VIH/SIDA"*⁷.

En el caso de Chile, el concepto aplicado por CONASIDA está en concordancia con el marco conceptual aceptado internacionalmente para la consejería en VIH/SIDA, epidemia entendida como un problema de salud que sobrepasa lo biomédico, siendo un tema socio-cultural. Entiende la consejería como *"un proceso de comunicación interpersonal entre un consejero y un consultante, basado en la escucha activa centrada en la persona, en el contexto de una relación de confianza, que desarrolla las capacidades y recursos internos de la persona para llevar a cabo su proceso de evaluación de riesgo y toma de decisiones en plena libertad, contando con apo-*

⁵ Según Beck, la "sociedad del riesgo", propia de la modernidad actual, se distingue por una creciente inseguridad y la capacidad de prevenir riesgos o *de anticipar peligros*, se vuelve una habilidad cada vez más cotizada. Los riesgos no pueden ser planificados, identificados o imputables a una única causa: la nueva situación creada por estos riesgos exige una respuesta de todo el cuerpo social. La "sociedad del riesgo" traslada su preocupación desde la distribución de los "bienes" (propiedad, renta, empleo), a la distribución de los "males" en la sociedad (medio ambiente, tecnología nuclear, SIDA, etc.). Hablándose erosionado las seguridades que proveían las creencias religiosas, los riesgos de la sociedad moderna aparecen como incalculables y fuera del control de las personas (Beck 1998 y 2000).

⁶ CONASIDA, Nota Sida N°4 <www.CONASIDA.cl>

⁷ ONUSIDA (1997) "Asesoramiento y VIH/SIDA. Actualización técnica". Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra: ONUSIDA.

yo emocional especializado e información personalizada". Se enmarca "en el contexto de los principios éticos orientadores como el derecho a la decisión libre e informada, la autonomía de las personas y el derecho a la confidencialidad; y que es ejercida por personas debidamente capacitadas: profesionales y técnicos de salud; y miembros de organizaciones sociales".⁸

La consejería para VIH/SIDA tiene tres objetivos principales: "(1) Proporcionar apoyo educativo que permita compartir conocimientos sobre VIH/SIDA y ETS, su prevención y tratamiento, y aclarar las dudas que eventualmente surgen en las personas. (2) Apoyar la gestión de riesgo que implica el proceso afectivo e intelectual de evaluación del propio riesgo de adquirir la infección y la decisión de asumir la forma de prevención más adecuada para cada situación en particular. (3) Facilitar apoyo psicosocial a quienes necesitan manejar episodios de crisis relacionados con el VIH, asociados al diagnóstico de seropositividad o a situaciones derivadas del riesgo de infección. Está comprobado que el impacto psicológico que produce la eventual infección VIH se asocia a dificultades emocionales tanto para las personas seronegativas como para las que viven con el VIH (Tourette-Turgis 1996)".⁹

La consejería es definida también como "una actividad confidencial, voluntaria, gratuita, individual que cuente con el espacio y tiempo adecuados, comprensible y culturalmente consciente. Desarrollada en condiciones óptimas, permite además entregar herramientas para adoptar decisiones sobre la propia vida; fortalecer la confianza en sí mismo; mejorar las relaciones sociales y familiares y por ende, la calidad de vida"¹⁰.

La estrategia de prevención elaborada desde CONASIDA posee dos ejes centrales, gestión de riesgo y vulnerabilidad. Mientras el primero se refiere a una probabilidad determinada por la conducta individual, la segunda, apunta a la desigualdad e inequidad social. El trabajo desarrollado se ha enfocado en los procesos individuales y colectivos en conjunto con las personas y no para las personas.

Más allá de una noción general de consejería que es ampliamente compartida, es posible identificar dos lógicas, tanto como consejería, como en cuanto al proceso de formación de consejeros: una sanitaria y otra de empoderamiento¹¹. La primera se asocia principalmente a los espacios y servicios de salud, mientras que la segunda se vincula más bien con las organizaciones comunitarias. Por ello, las definiciones, rol, objetivos y técnicas pueden variar conforme a las lógicas que subyacen.

Desde la perspectiva sanitaria se privilegian la eficacia y la eficiencia. Como relación sanitaria, se centra en los comportamientos y se aboca fundamentalmente a la prevención, primaria y secundaria. La consejería se centra fundamental, aunque no exclusivamente en la entrega de información y en referencia a la salud de los consultantes. El ser consejero, es básicamente un conjunto de herramientas que se transmiten, siendo otros elementos, aspectos de menor importancia. Como modelo educativo fundamental, esta lógica incluye la transmisión de información exacta y precisa sobre el tema.

Desde la lógica de empoderamiento, se privilegia el reconocimiento de los factores socioculturales

⁸ Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención – Ministerio de Salud (2002) Documento técnico: Consejería para VIH/SIDA. Santiago: CONASIDA.

⁹ CONASIDA, NotaSida N°4 <www.CONASIDA.cl>

¹⁰ Parrini, R., Rodrigo (s/f) Formación de Consejeros y Consejeras en VIH/SIDA en el Servicio de Salud Viña del Mar, Quillota, V Región. Experiencias y discursos. Power Point.

¹¹ Parrini, R., Rodrigo (s/f) Formación de Consejeros y Consejeras en VIH/SIDA en el Servicio de Salud Viña del Mar, Quillota, V Región. Experiencias y discursos. Power Point.

que inciden en la epidemia, por ello enfatiza el empoderamiento de los grupos vulnerables como herramienta de lucha. Se prioriza la no discriminación y una comprensión más contextual de la epidemia. La consejería, desde esta lógica, se centraría en la relación, en el vínculo (que) entre el consejero y el consultante, concentrándose fundamentalmente en el abordaje de temas relacionados con la sexualidad de quien consulta, dentro de un clima que permita la motivación al cambio. El consejero posee cierta identidad, que gira principalmente en torno a la voluntariedad de la persona. El modelo educativo que subyace a esta lógica, es un modelo mixto en el que convergen aspectos planteamientos cognitivo-conductuales, comunitarios y con cierto foco en los afectos.

El Centro de Detección y Consejería de la Región Metropolitana, centro especializado en consejería dependiente de CONASIDA creado en 1991, ha definido un modelo de consejería centrado en la persona. Entre los objetivos de este modelo se plantea conocer el impacto de la Consejería pre y post test en la prevención del VIH en consultantes seronegativos que consultan en el centro. La prevención es entendida *"como un proceso en el que se van incrementando y consolidando las conductas hacia comportamientos más seguros en relación al VIH/SIDA."* Para ello, las personas son citadas a conversar en sucesivas oportunidades.

EL ROL DE LA CONSEJERÍA EN LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

Si bien, desde 1987 la OMS considera la consejería como estrategia de apoyo psicosocial privilegiado para la prevención del VIH/SIDA, son pocos los estudios empíricos que dan cuenta de su eficacia preventiva. Ello ha tendido a desdibujar o invisibilizar su importancia en el control de la

epidemia y a sobreenfatizar los aspectos psicosociales y asistenciales de su aporte. El resultado es que, más allá de quienes están especializados en el tema y que trabajan en ello, tiene un perfil débil en cuanto a su aporte epidemiológico.

No obstante, existen evidencias en este sentido, como son, el estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Mary Kamb y otros¹² a lo largo de tres años, con casi 6.000 personas. Dicho estudio revela que las personas que recibieron consejería –orientación cara a cara antes y después del Test de ELISA– presentaron un 30% menos de nuevas infecciones venéreas en los seis meses siguientes en comparación con quienes sólo recibieron información didáctica. A los doce meses, la diferencia aún se mantenía alrededor de 20%. Asimismo, se declaró un uso mucho mayor de condón comparado con el grupo que sólo recibió mensajes habituales de cuidado. Se concluyó entonces que la consejería personalizada, que incluye la definición de planes de reducción de riesgos, puede aumentar el uso del condón y prevenir nuevas ITS.

También en Chile, el estudio de seguimiento de pacientes desarrollado en el Centro de Detección y Consejería de la Región Metropolitana¹³ da cuenta de su efectividad, cuando concluye que el 91% de los sujetos estudiados se mantienen negativos y el 9% se positiviza a lo largo de 5 años. Asimismo revela el aumento en el uso del condón: mientras antes de la consejería sólo un 6,8% refirió usar condón siempre, después de la consejería aumentó a un 38,6%, lo que representa un aumento en el uso siempre de 5,6 veces.

Otros indicadores del impacto de la consejería son, según este estudio y otra literatura: la disminución del número de parejas sexuales, cam-

¹² Kamb, M.L. et al. (1998) Efficacy of Risk-Reduction Counselling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. JAMA. 280:1161-1167.

¹³ Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol (s/f) Estudio a consultantes del centro de detección y consejería en VIH/SIDA. Santiago. Centro Romero.

bios en las prácticas sexuales, uso frecuente del condón, sexo oral, sexo sin penetración, sexo sin eyaculación; todas ellas referirían a una diversidad de estrategias de prevención en función de su propia historia y recursos.

No obstante, es escasa la cuantificación de la efectividad de la consejería a nivel personal, como en el cambio de actitudes hacia el tema en la comunidad y en la sociedad.

Tampoco se conoce el impacto económico de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA.

EL ROL DE LA CONSEJERÍA SEGÚN LAS AUTORIDADES, INFORMANTES CLAVE Y CONSEJEROS/AS ENTREVISTADOS

Un análisis de las opiniones recogidas entre Seremis de Salud, directores de servicio, encargados del programa VIH/SIDA y algunos informantes clave permite afirmar que, mientras más alta es la jerarquía de los entrevistados en el sistema de salud, menor es la capacidad de identificar el rol de la consejería en prevención primaria en la estrategia de control de la epidemia.

En efecto, hay Seremis entrevistados que no conocen el programa de consejería, que no pudieron explicar el lugar que debería ocupar en el plan regional de prevención del VIH/SIDA, que reconocieron que ésta no había sido incluida y que se disculparon por no tener una opinión, señalando que ellos ven el tema de prevención más amplio, hacia el conjunto de la población o las poblaciones vulnerables. Sería un tema a considerar a nivel de redes asistenciales, no a nivel regional.

Entre los directivos de los servicios, hay mayor conocimiento, se asigna un rol complementario a la consejería, se describe su aporte a la persona

concreta, pero se formulan dudas y cuestionamientos sobre su eficacia.

Para las y los encargados de VIH/SIDA en los servicios, en cambio, se trata de una actividad central.

Para los informantes clave se trata de una herramienta, de una metodología de gran valor para la prevención, que debe estar plenamente integrada a la programación de las acciones de salud, situación que muchas veces no se da en los servicios. Reconocen el rol y el discurso de CONASIDA, pero no ven que ello se implemente en la realidad.

Preguntadas/os consejeras y consejeros, también las respuestas revelan falta de información en cuanto a la eficacia de la consejería y de comprensión del proceso que haría posible el cambio conductual. Incluso hay expresiones sobre el "fracaso" de la consejería, si no hay un 100% de eficacia. El énfasis queda en los aspectos más asistenciales.

Por otra parte, la práctica declarada por los/as consejeros/as muestra que el énfasis está en el tratamiento de la enfermedad antes que en la prevención de la epidemia. En efecto, la encuesta revela que la duración de la consejería post-test negativo es inferior y no se revela mayor interés en ella. La duración promedio para las consejerías realizadas en el período de estudio fue: para pretest, 26 minutos, para postest con resultado negativo, solamente 18 minutos, y para postest positivo, de 51 minutos¹⁴. Sólo el 16% de los/as consejeros/as que había entregado consejerías postest negativo había realizado *"una demostración y/o reforzamiento de cómo se utiliza correctamente el preservativo"*.

Más allá de las diferencias que se observa en cuanto al rol asignado a la consejería en la prevención de la epidemia y en los planes regionales de prevención,

¹⁴ En todos los casos existe una amplia dispersión. La indicación al promedio es sólo referencial.

la mayoría de los/as entrevistados pone más énfasis en la dimensión asistencial, afectiva, psicosocial de la consejería que en su capacidad de prevenir la infección.

"EL/A CONSEJERO/A" Y "EL/A CONSULTANTE"

La consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA tiene dos actores principales: consejero/a y consultante. Cómo se definan el uno y el otro estructura un tipo de relación específico. A veces esa relación está preconstruida por el escenario en que se da. Todo ello condiciona que la consejería sea un momento de asistencia o de empoderamiento, de vigilancia epidemiológica o de construcción de sujetos autónomos.

Las motivaciones que declaran los consejeros para dedicarse a la consejería hablan del tipo de actor que construyen y del rol que se asignan. En muchos casos éstas están fuertemente centradas en atributos personales, como son el deseo de servir a los demás, la apertura a los temas de la sexualidad y a las personas, independientemente de su vida sexual. Pero también se menciona el interés en conocer temas nuevos y la importancia de cumplir con una tarea que forma parte de la definición del trabajo, sin que se llegue a una noción compartida de la consejería como actividad profesional.

En la medida en que no existe conciencia clara del rol de la consejería en el nivel de prevención de la epidemia —y su impacto económico—, y en que se insiste en los aspectos afectivos de la consejería, la persona seropositiva es construida —con frecuencia— como necesitada de "cariño", de "compasión", etc., antes que como un sujeto de derechos, más allá del discurso más público. Ello se relaciona fuertemente también con los

modelos conceptuales en torno a la epidemia del SIDA¹⁵. Las referencias más frecuentes son a "pacientes", personas definidas como enfermas, que requieren atención médica. Pero también son llamados "consultantes" y "consultantes". En menor proporción se habla de "personas".

En síntesis, podemos decir que no existe una definición y comprensión única de la "consejería en prevención primaria del VIH/SIDA" y su importancia en el control de la epidemia, y que circulan diversos conceptos, desde uno más amplio general hasta uno restringido. Ello tiene diversas consecuencias en la medida en que se habla simultáneamente de actividades distintas, con objetivos diferentes, los que se relacionan también con la ubicación de quien habla. Por ejemplo, a nivel de servicios de salud y de Seremis, se alude a la noción más amplia, y aparece como pertinente y necesario hacer prevención en los colegios y otras instancias de la vida comunitaria, mientras las y los consejeros entienden claramente que se trata de una actividad ligada al Test de ELISA y que no se debe confundir con las demás actividades.

Por otra parte, la noción de prevención está fuertemente asociada a sus aspectos epidemiológicos desde una perspectiva biomédica. Es decir, interesa influir en la población mediante diversas acciones y pesquisar a las personas infectadas, ojalá a sus contactos, y de este modo controlar la expansión de la epidemia.

La solicitud del Test de ELISA se da en distintas condiciones: por indicación médica, por norma general (banco de sangre, pacientes de ETS, oferta a mujeres embarazadas) y en una proporción desconocida, por voluntad de la persona. En cierta medida, priman los procedimientos históricos de control de ETS, incluyendo citaciones y búsqueda de pacientes "sospechosos". De acuerdo

¹⁵ Frasca, T. (1994) "La vida es una enfermedad de transmisión sexual", en Valdés, T. y Busto, M. (eds) *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*. Santiago: CORSAPS/FLACSO.

con la información recogida en las entrevistas a autoridades, los bancos de sangre toman exámenes sin consentimiento informado ni menos consejería, las personas son derivadas desde las clínicas ETS casi por orden y se persigue por teléfono o en persona a los que no vuelven para retirar sus exámenes, especialmente cuando son positivos. Todo esto hace casi inevitable las faltas a la confidencialidad. Hay médicos que aún objetan atender pacientes VIH+ o abusan de ellos. Cuando se identifica el maltrato, no se perciben los sistemas para formular reclamos que se encuentran disponibles, tales como Libros de sugerencias y reclamos, las OIRS (Oficinas de Información y Reclamos de los Servicios de Salud) ni otros medios de control social a través de la sociedad civil.

Esto desdibuja la importancia que tiene la conciencia de los sujetos y la voluntariedad en el acercamiento a la consejería como factor central para alcanzar sus objetivos, en cuanto resorte motivacional para una disposición al cambio de conductas. Al mismo tiempo, la consejería es obligatoria para quienes son sometidos al Test de ELISA, de acuerdo con la Ley N°19.779 (promulgada el 4 de Diciembre de 2000) y a las normativas del Ministerio de Salud (Resolución Exenta 371). Ello también disminuye la importancia del acto voluntario y de su impacto en la persona consultante.

La forma en que funciona la entrega de consejería revela esa falta de valoración de la dimensión de voluntariedad de la solicitud del test de ELISA como aspecto clave, así como de la dinámica desde la toma de conciencia de la condición de riesgo hasta la incorporación de nuevas conductas preventivas. Es poca la valoración de la voluntad del individuo como parte del proceso de adoptar una conducta de cuidado. En este senti-

do, no se observa una comprensión de los "principios básicos" de los procesos de toma de conciencia y de cambio conductual, ni siquiera en los términos más conductistas.

¿Quiénes son los/las consejeros/las del sistema público de salud?

Siguiendo los resultados de la encuesta, ocho de cada diez consejeros/as que se desempeñan en las consejerías para la prevención primaria del VIH/SIDA en el sistema público de salud y que respondieron el cuestionario (219) son mujeres (81,3%), tienen principalmente entre 40 y 49 años (35%) y su edad promedio es de 42 años.

El 63% son matronas/es, 16,9% enfermero/a, 6,4% asistentes sociales, 5% médicos y 4,1% tecnólogos médicos, 1,8% paramédicos/as y 1,4% psicólogos/as. La categoría "Otros" representan el 1,4%.

La mayoría (45,2%) de estos/as consejeros lleva cinco o más años desempeñándose como tales, y sólo un 18,7% de los/as consejeros/as se desempeña hace menos de dos años. La mayor experiencia (cinco o más años) la tienen los/as enfermeros/as (64,9%), los tecnólogos médicos/as (44,4%), los/as matrones/as (42,8%) y los/as asistentes sociales (42,9%).

La mayor cantidad de consejeros/as que respondieron el cuestionario corresponden a las regiones VIII, Metropolitana y V. Por otra parte, en el conjunto de regiones con altas tasas de VIH/SIDA (primera, quinta, octava y metropolitana)¹⁶ existe una mayor proporción de consejeros con más de cinco años de experiencia en comparación con el conjunto de todas las otras regiones (48,9% y 39,3% respectivamente).

¹⁶ Las Regiones I, V, VIII y Metropolitana son las que presentan mayor número de casos de VIH/SIDA. En ellas se desarrolló las entrevistas en profundidad a diversos actores del sistema de salud pública.

Los servicios de salud donde hay una mayor cantidad de consejeros/as que respondió el cuestionario son Viña/Quillota, Concepción, Aconcagua, Atacama, Bio-Bio y RM Central (8,7%, 7,3%, 5,9%, 5%, 4,6%, y 4,6% respectivamente).

Más de la mitad de los/as consejeros/as se desempeña en consejerías en consultorios de atención primaria (56,2%) aunque hay diferencias

importantes entre regiones. A la vez, una proporción importante se desempeña en hospitales (35,2%). Una proporción menor lo hace en otros lugares como los consultorios adosados (8,7%). Los/as consejeros/as que tienen menos de dos años de experiencia se desempeñan en mayor proporción en consultorios de atención primaria (66,8%) frente a los hospitales (26,8%).

II. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE CONSEJEROS EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE VIH/SIDA EN EL SISTEMA PÚBLICO

El proceso de formación de consejeros en prevención primaria de VIH/SIDA en el sector público se inició en Chile el año 1991, una vez creada la CONASIDA. Ello a partir, tanto de las normativas desarrolladas en la OPS, como de las experiencias desarrolladas en organizaciones no gubernamentales existentes en el país. Los/as primeros/as profesionales que fueron formados eran preferentemente personal de salud, epidemiólogos y trabajadores/as de la salud vinculados a la toma de examen para la detección

del VIH. Los contenidos esbozados en los inicios fueron fundamentalmente teóricos. En 1993 se incluyeron nuevos contenidos referidos a habilidades en consejería. En 1997 se concretó la elaboración de un Programa Nacional de Formación de Consejeros (PNFC) aplicado por un equipo replicador, que fue continuado y replicado por los propios Servicios de Salud del país y los diversos talleres locales a partir de 1998 (CONASIDA 2002).

CONSEJEROS/AS SEGÚN REGIÓN (respuestas)		
Región	Número	%
I.	4	1,8
II.	3	1,4
III.	13	5,9
IV.	6	2,7
V.	38	17,4
VI.	7	3,2
VII.	12	5,5
VIII.	50	22,8
IX.	12	5,5
X.	20	9,1
XI.	6	2,7
XII.	5	2,3
XIII.	43	19,6
Total	219	100,0

La formación de consejeros se desarrolló en el marco de la necesidad de la práctica del examen de detección del VIH de manera voluntaria, confidencial, anónima y con consentimiento informado y basada en una técnica correcta. Asimismo, se definió que quienes realizaran acciones de consejería fuesen personas psicológicamente idóneas, competentes en las herramientas apren-

didas y con un soporte institucional que les permitiese llevar a cabo su tarea. Se situó la formación de consejeros en un proceso de construcción personal y colectiva progresivo. Se tuvo como objetivo, además de la relación directa con el/a consultante, facilitar el proceso de adquirir y mantener conductas preventivas a nivel general en la población y autocuidado en PPVIH. Finalmente, se

consideró la necesidad de replicar los talleres de formación en el trabajo habitual y continuado en las experiencias locales.

En el PNFC, la formación en consejería es concebida fundamentalmente como una instancia práctica y participativa, que incorpora el trabajo grupal, la reflexión personal, dramatizaciones, síntesis teórica y apoyo de medios audiovisuales. El Programa estableció cuatro etapas para el proceso de formación de consejeros/as, las que en su conjunto requieren entre 48 y 54 horas de taller:

- 1) Taller de formación básico de consejeros: taller teórico-experiencial, de 28 a 30 hrs. de duración.
- 2) Experiencia local: experiencia práctica a nivel local para todos los participantes del taller, dentro de los tres meses posteriores al taller de formación y con apoyo técnico según requerimientos.
- 3) Taller de evaluación: de aproximadamente 12 hrs. de duración destinado a analizar y reflexionar de manera colectiva la experiencia vivida. Contempla el desarrollo de redes de apoyo interno y la creación de nuevas formas de solución de problemas y estrategias de acción.
- 4) Taller Metodológico para la formación de consejeros: duración de 8 a 12 hrs. en los que se capacita a los consejeros en el diseño, planificación, ejecución y evaluación del proceso de formación de consejeros a nivel local.

A TRAVÉS DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE CONSEJEROS/AS, ESTOS/AS DEBERÍAN:

- Actualizar sus conocimientos sobre VIH/SIDA
 - Alcanzar una comprensión integral del problema del VIH/SIDA
 - Desarrollar actitudes de empatía, respeto valoración y tolerancia hacia consultantes(/as) y PPVIH, adquirir de habilidades básicas que faciliten la gestión de riesgo en la persona que consulta por medio de atención centrada en la persona y no sólo en su problema de salud
 - Manejar situaciones de crisis vinculadas con el conocimiento del estado serológico del paciente con posterioridad a la información
 - Planificar actividades de consejería en niveles locales de acción
 - Facilitar a los consultantes seropositivos un tránsito fluido tanto a la atención clínica como al apoyo psicosocial, resguardando la dependencia que se pueda establecer hacia el/la consejero/a.
- Actualmente, los talleres se continúan realizando en los Servicios de Salud con el apoyo de CONASIDA, lo que se ha visto favorecido con la creación de la Red Nacional de Consejería. Sin embargo, las actividades de formación, posteriores a 1997 sólo han incluido las dos primeras etapas descritas (CONASIDA 2002).

De acuerdo con las entrevistas realizadas, a medida que se asciende en la jerarquía de los/as funcionarios/as del servicio público de salud, disminuye el grado de conocimiento del sistema de formación de consejeros para la prevención primaria del VIH/SIDA de CONASIDA.

Entre las personas que ocupan cargos de responsabilidad en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, (Seremis y Encargados/as del programa de prevención de VIH/SIDA) en general se

ha escuchado hablar del sistema de formación de consejeros/as, pero en una proporción importante lo desconocen, aunque les gustaría saber más acerca de él. Los que más conocimiento tienen son quienes en algún momento de su carrera funcionaria tuvieron contacto con CONASIDA y las actividades de consejería, pero son los/as menos.

Entre los directivos de los servicios de salud las respuestas no son muy diferentes, pero una mayor proporción tiene un conocimiento más amplio, ya sea porque conoce directamente el sistema de formación y ha participado en algún taller, y/o porque deben dar las autorizaciones cuando se hace este tipo de actividad en su servicio.

Los/as informantes claves reafirman lo señalado en la documentación producida y editada por CONASIDA: la consejería basada en la confidencialidad y en el reconocimiento de la diversidad de experiencias, el trabajo compartido con las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la prevención del VIH/SIDA, la necesidad de combinar el conocimiento teórico con aspectos vivenciales de los consultantes/as. Reafirman el valor de la metodología participativa usada y la secuencia de talleres que estaba en su diseño original, las que deberían ser retomadas en el momento en se formule el sistema de formación.

1. LOS/AS CONSEJEROS/AS FORMADOS/AS

La decisión de participar en los talleres de formación no necesariamente es voluntaria aunque se busca a aquellas/os funcionarias/os que tengan más afinidad con el tema. Los/as encargados/as de los servicios prefieren que la decisión sea de las personas y en forma voluntaria, sin embargo, ante la necesidad de que en atención primaria haya profesionales formados en consejería, cuando no existen voluntarios se designa a algún funcionario para el taller de formación.

Nueve de cada 10 consejeros/as consultados ha asistido a talleres de formación (9 de 10), tanto hombres como mujeres de las diferentes edades, y a medida que aumenta el tiempo de experiencia, aumenta considerablemente la proporción de consejeros y consejeras que ha participado en ellos. Lo han hecho la totalidad de los/as enfermeros/as, psicólogos/as, asistentes sociales y de otras profesiones. No así el 54,5% de los médicos y el 11% de los/as matrones/as y de los/as tecnólogos/as que no ha asistido a ninguno de estos talleres. No hay diferencia en la proporción de consejeros/as que se desempeña en hospitales o en consultorios de atención primaria.

La asistencia de consejeros/as a talleres de formación ha sido relativamente homogénea durante todos los años, aunque 1998 es el año que presenta una mayor asistencia y 1997 y 2002, la menor. Mientras 1997 destaca por la asistencia a talleres de carácter nacional, consistentemente con la aplicación del Programa Nacional de Formación de Consejeros ese año (casi triplicó la asistencia a talleres de carácter local), desde 1999 se va incrementando la proporción de asistencia a talleres de carácter local (en 2002 casi la cuadruplica). Asimismo, el 43,7% de los/as consejeros/as ha asistido sólo a talleres de formación de carácter local o "réplicas" de un taller nacional, porcentaje que aumenta en las regiones con mayor prevalencia de VIH/SIDA.

Un poco más de la mitad de los/as consejeros/as ha asistido sólo a un taller de formación. Dos de cada diez han asistido a dos talleres, y muy pocos (1 de cada 10) han asistido a tres o más talleres. La media de talleres asistidos es de 1,9 talleres por consejero/a. A medida que aumentan los años de experiencia, aumenta la proporción de consejeros/as que ha asistido a dos o más talleres de formación.

Los Servicios de Salud y CONASIDA han sido, en la mayoría de los casos, las instituciones respon-

sables de la formación principal de los/as consejeros/as. En menos de uno de cada diez casos se constata que otras instituciones (Hospitales, ONGs, etc.) fueron responsables de estos talleres.

Las capacitaciones del tipo local ("réplicas"), en una proporción importante fueron entregadas por un Servicio de Salud, mientras que las capacitaciones de tipo nacional lo fueron principalmente por CONASIDA.

Si bien la duración del taller de formación principal se concentra entre las 13 y las 42 horas, la mayoría de quienes se desempeñan actualmente como consejeros/as realizó un taller de formación principal de 32 y menos horas (6 de 10). Muy pocos/as han realizado talleres de más de 42 horas. La duración de los talleres de carácter local es considerablemente menor que los de carácter nacional. Asimismo, la duración de los talleres realizados en 1998 o antes es levemente mayor que aquellos de 1999 o después, coincidente con la formación principal a cargo de CONASIDA -de duración mayor- frente a la de los Servicios de Salud u otra institución (hospitales y ONGs principalmente).

Los/as consejeros/as con menos experiencia han asistido a talleres de menor duración: 8 de 10 de los consejeros/as con menos de dos años de experiencia asistieron a talleres de 32 horas o menos.

2. LA OFERTA EDUCATIVA

Casi todos los talleres incluyeron, además de los contenidos específicos de la consejería de prevención, ejercicios grupales con juegos de roles y análisis de testimonios. En una proporción me-

nor se incorporó la evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería reales y algo menos la formación para replicar localmente la formación (6 de cada 10) y sólo una pequeña proporción hizo práctica real de consejería y evaluación de esa práctica con consejeros más experimentados (2 de 10).

Los talleres de carácter local realizaron en una proporción superior las actividades: "*Práctica real de consejería y evaluación de la práctica por consejero/a más experimentado*" y "*Evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería con consultantes reales*". Los talleres de tipo nacional realizaron en una proporción mayor que los primeros la actividad "*Formación para replicar localmente la formación*". Los talleres anteriores a 1998 tuvieron mayor énfasis en la "*Formación para replicar localmente la formación*". A medida que aumenta la duración del taller principal, aumenta la proporción de los que señala haber realizado actividades "*Práctica real de consejería y de evaluación de la práctica por consejero/a más experimentado*" y "*Formación para replicar localmente la formación*".

CONTENIDOS DE LOS TALLERES DE FORMACIÓN¹⁷

La totalidad de los contenidos consultados en la encuesta son reconocidos como presentes en los talleres de formación por la mayoría de los/as encuestados/as, aunque existen importantes variaciones entre los distintos "tipos" de contenidos revisados (variaciones de hasta 40% en algunos casos).

¹⁷ Para evaluar los contenidos de los talleres de formación se elaboró una lista de contenidos mencionados en la documentación entregada por CONASIDA (CONASIDA 1997, 2003, 2002, s/f, Lara y Parra 1998, Parrini s/f, ONUSIDA 2001, Centro Romero 2000, Fergadiott y Mena s/f y diversos documentos que están en la página web del CONASIDA). Asimismo se hizo una consulta en línea a consejero/as y enlaces de la Red de Consejería, previo la confección del cuestionario final, acerca de los contenidos a preguntar. La lista empleada contempla, por tanto, los contenidos y saberes que son señalados como de mayor significación en la práctica de la consejería de prevención en VIH/SIDA.

LOS CONTENIDOS MÁS RECORDADOS (SUPERIOR AL 94%) FUERON:

- *El derecho del o la consultante a que el resultado del test de ELISA y lo conversado durante la consejería sea tratado confidencialmente*
- *El derecho del o la consultante a no ser discriminado/a, sea cual sea su orientación sexual o prácticas sexuales*
- *Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA*
- *Los principales factores que hacen más vulnerable a una persona para adquirir VIH/SIDA*

UN SEGUNDO GRUPO IMPORTANTE DE CONTENIDOS RECONOCIDOS (ENTRE UN 88% Y 93%) FUE:

- *Impacto psicológico, social y emocional de la seropositividad en el/a consultante*
- *Formas de prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA*
- *Cómo aprovechar la entrega de resultados negativos como una instancia educativa*
- *Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal*
- *Cómo se usa correctamente el preservativo*

UN TERCER GRUPO DE CONTENIDOS, CON MENOR NIVEL DE RECONOCIMIENTO (ENTRE UN 60% Y 73%) FUE:

- *Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores*
- *Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a*
- *Implicancias psicológicas, sociales y emo-*

cionales de la discriminación según orientación sexual en el manejo del riesgo

- *Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería*
- *Diversidad de las experiencias/orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas*
- *Cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA.*

Naturalmente, la duración del taller de formación influyó fuertemente en los contenidos considerados: a mayor duración, más contenidos. Asimismo se señala que los talleres nacionales vieron mayor proporción de estos contenidos, los que tienden a coincidir con los talleres a cargo de CONASIDA.

Las entrevistas individuales a consejeros/as reiteraron la información obtenida en la encuesta. En ellas, los aspectos más destacados en la formación recibida a través de los talleres de formación a los que habían asistido fueron:

- La relación con el/la consultante / paciente
- La confidencialidad
- La diversidad sexual / discriminación
- Las técnicas de consejería
- La metodología de los talleres
- La replicabilidad de los talleres

Aquellos aspectos que más recuerdan son la relación que deberían establecer con la persona que pide la consejería: técnicas para la empatía, cómo presentarse ante ellos/as, el manejo psicológico con el consultante, la humanización del trato. También recuerdan el reconocimiento de la diversidad sexual y los problemas de la discriminación y homofobia. El tratamiento de la confidencialidad es mencionado reiteradamente por los/as consejeros/as y cómo los talleres de formación hicieron especial hincapié en ello.

La evaluación de la metodología de los talleres es positiva por cuanto les entregó herramientas para la interacción. Se considera que es amplia, con exposiciones individuales, discusión de los temas, foros, trabajo de grupo para analizar situaciones, psicodramas; todo ello muy participativo. Recuerdan también la importancia dada de la replicabilidad de los talleres de formación, especialmente en aquellos organizados por CONASIDA.

3. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

Los directivos que conocen el sistema de formación de CONASIDA tienen una buena opinión de éste, porque consideran que la gente queda bien preparada. Ellos hacen propuestas destinadas al mejoramiento de la consejería que coinciden con las señaladas por los/as consejeros/as. En general, estiman que sería deseable que existiera una capacitación básica en prevención primaria del VIH/SIDA para todo el personal y mayor especialización para quienes deben desarrollarla con las/os consultantes.

POR SU PARTE, LA EVALUACIÓN GENERAL QUE HICIERON LOS/AS CONSEJEROS/AS DEL GRADO DE ADECUACIÓN DE LOS TALLERES DE FORMACIÓN FUE BUENA. LAS ÁREAS EVALUADAS FUERON:

- La utilidad contenidos para su desempeño como consejero/a en prevención primaria
- La utilidad de las herramientas para relacionarse con el o la consultante
- El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas
- El nivel de experiencia en consejerías del facilitador
- La capacidad pedagógica de los facilitadores

- El número de horas que duraron las actividades de formación

En las seis áreas evaluadas la proporción de consejeros/as que señala que los talleres fueron *adecuados o muy adecuados* es superior al 70%. Sin embargo, las respuestas no son homogéneas en algunos aspectos. También hay variaciones entre aquellos/as que consideran que algunas áreas fueron *inadecuadas o muy inadecuadas*. Las calificaciones más bajas son escasas (muy inadecuados no sobrepasan el 5%, cuando aparece), pero en dos aspectos las respuestas negativas (muy inadecuado e inadecuado) son para tener en cuenta "El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas" y "El número de horas que duraron las actividades de formación".

La formación a nivel nacional recibe mayor calificación de *muy adecuada* y es aún mayor cuando el/a consejero/a participó en talleres nacionales y locales. Sólo en las actividades locales hubo calificación de *muy inadecuadas*. Es más positiva la calificación a los talleres de 1998 y anteriores así como las organizadas por CONASIDA y las que tuvieron una duración de 33 o más horas. El cambio que se produce a partir del año 1998 en las actividades de formación tiene impacto en los/as profesionales. Las actividades organizadas a nivel de los Servicios de Salud, en muchos casos como réplica de los que organiza CONASIDA, son de menor duración.

La satisfacción con lo aprendido en los talleres de formación es bastante alta. Nueve de cada diez consejeros/as señaló que estaba *satisfecho/a o muy satisfecho/a con lo aprendido*. Sólo uno de cada diez indicó que estaba *insatisfecho/a con lo aprendido* y muy pocos/as dijeron estar *muy insatisfechos/as*. Esta es mayor cuando las actividades de formación fueron de carácter nacional, efectuadas el año 1998 o con anterioridad, se participó en varios talleres, los organizó CONASIDA y tuvieron más horas de duración.

En las entrevistas se obtiene similar evaluación, las actividades de formación fueron bien recibidas por los/as consejeros/as entrevistados/as. Las encontraron entretenidas y en lo personal sienten que les hicieron bien, que no fue tiempo perdido. Entre los aspectos mejor evaluados están los conocimientos que lograron con los talleres, especialmente los referidos a saber más sobre la enfermedad, las conductas sexuales y para algunos/as confrontarse por primera vez con el VIH/SIDA.

Son bien evaluadas las técnicas de la propia consejería aprendidas o profundizadas, las prácticas de formas empáticas para la comprensión del otro/a que va solicitar el test de ELISA, la práctica de enfrentarse a alguien que va con muchos temores y dudas y cómo acogerlo dándole o intentando darle respuestas a sus preguntas. Se destaca los *role playing* y el apoyo de la gente que hacía el taller.

Para algunos/as el taller de formación les permitió saber si efectivamente les gustaba esta actividad y si tenían recursos personales y emocionales como para ejercerla. Les enfrentó al tema y a las problemáticas que presentan las personas consultantes y a ponerse en el lugar del otro/a. También les ayudó a saber que no todos/as tienen habilidades para hacer consejería de prevención primaria. Evalúan muy bien el tratamiento que se le dio al reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual. Se plantearon cuestiones como la homofobia en el trato y en los servicios y les permitió confrontarse con sus propias fobias y hacerse conscientes de ello.

En cuanto a los aspectos negativos, hubo consejeras que evaluaron mal que -en algunos de los talleres- se les pidiera hablar de su propia sexualidad con preguntas consideradas personales.

LAS AUSENCIAS O REPAROS SEÑALADAS FUERON:

- el tipo de personas que asistió a los talleres: voluntarias versus por designación
- faltó profundidad en algunos contenidos como la relación con técnicas de entrevistas y manejo de crisis
- poco espacio para ejercicios prácticos relacionados con situaciones reales
- información sobre poblaciones vulnerables emergentes (mujeres, niños que viven con VIH)

Las dificultades que se mencionan tienen que ver con la disponibilidad de tiempo de los/as profesionales y con las múltiples actividades que tienen que realizar en sus trabajos. También con el hecho que muchos/as de quienes están en la consejería lo hacen de manera voluntaria, sin reconocimiento en sus respectivos servicios o lugares de trabajo.

Hay diferencias en cuanto a la capacitación a todo el personal en prevención primaria de VIH/SIDA. En algunos casos señalan que ya lo hacen, que es parte de sus actividades regulares y que cuentan con el apoyo de la dirección, pero para una gran proporción de consejeros/as entrevistados/as no es así y consideran que debería realizarse, especialmente en los hospitales, donde habría mucha gente preocupada por el tema, pese a la gran rotación que se tiene. Se debería poner énfasis en los médicos, especialmente en lo que dice relación con las personas que pueden vivir con VIH, y en quienes trabajan en los bancos de sangre.

A nivel de directivos se mencionó como problemas: la falta de criterios comunes y de protocolos para actividades de este tipo, la falta de criterios nacionales, de protocolos, de procedimientos definidos, y de sistemas de seguimiento y evaluación.

LOS/AS ENCARGADOS/AS ENTREVISTADOS/AS DESTACAN LAS SIGUIENTES DIFICULTADES:

- Se da poco tiempo a lo que sucede en la consejería real (por ejemplo, si una persona viene con la idea de suicidarse)
- Los contenidos de las consejerías no se han uniformado, ni definido el tiempo mínimo en concordancia con aquel destinado por los servicios a esta actividad
- En muchos casos es muy teórico, no sensibiliza. Se señala que en el último tiempo se les sacó la parte práctica que es central en la formación para hacer consejería.
- No siempre las personas que conducen los talleres han hecho ellos/as consejería, y las propuestas quedan en un(a) plano teórico o en juegos que no corresponden a lo que se da en una consejería real
- Se señala la gran rotación de consejeros, lo que obligaría a repetir este tipo de actividad, pero que no siempre se hace
- Hay problemas en replicar la formación. Se hace en algunos casos con los textos de CONASIDA y con profesores locales.

SI BIEN LA EVALUACIÓN QUE HACEN LOS/AS INFORMANTES CLAVES DEL SISTEMA DE FORMACIÓN DE CONASIDA ES BUENA, SE MENCIONÓ ALGUNAS FALENCIAS:

- Faltan horas de formación
- Falta acompañamiento y seguimiento de las personas que hacen el taller
- Los responsables de los talleres y las/os consejeras/os tienen muchas cosas que hacer lo que no les permite dedicarse a pleno a esta actividad
- El hecho que la mayoría de quienes participan de la formación y luego hacen consejería sean mujeres, especialmente

matronas, y que los consultantes en una proporción muy alta sean varones genera tensiones

- Los talleres deberían ser con menos gente para poder profundizar y trabajar más las habilidades de cada uno/a
- Hay problemas con la selección de las personas que participan en los talleres, porque muchas veces son designados y no lo hacen voluntariamente, les falta motivación personal
- El equipo de CONASIDA no tiene capacidad de hacer la supervisión de los consejeros/as que se han formado.

4. NECESIDADES DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Los principales contenidos en los que los/as consejeros/as señalan necesitar profundizar se refieren a: *"Formas para manejar situaciones emocionales críticas, incluidas las experiencias suicidas"*, *"Formas de apoyo psicosocial y emocional, estrategias para prevenir el agotamiento emocional (burn out) entre los/as consejeros/a"*, y *"Estrategias para abordar dificultades preventivas de los/as consultantes"*.

Las áreas de formación con mayores requerimientos son: Comunicación interpersonal (4 de 10 consejeros/as), Conocimientos específicos (casi 3 de 10), Estrategias preventivas (casi 2 de 10) y finalmente, Autoayuda (1 de cada 10).

En las entrevistas en profundidad se mencionan las siguientes necesidades para la formación: manejo en situaciones de crisis, profundizar en los aspectos sociales, psicológicos, en sexualidad y conductas sexuales (homosexualidad). También se señala la necesidad de trabajar mejor el momento y tiempo que se tiene para la consejería. Se solicita talleres para la puesta en común de las experiencias en consejería.

Se manifestó la necesidad de: contar con un proceso de capacitación permanente por cuanto re-

quieren profundizar temas y actualizar los conocimientos, de evaluar las actividades de formación para mantener patrones semejantes en sus calificaciones y ejercicio de la consejería, y de supervisión de las consejerías.

5. ACTIVIDADES DE RÉPLICA EN REGIONES Y SERVICIOS DE SALUD

El Programa Nacional de Formación de Consejeros/as desarrollado por CONASIDA considera como una de sus etapas fundamentales un taller metodológico para que la formación sea replicada por consejeras y consejeros. En ella se los/as capacita en el diseño, planificación, ejecución y evaluación del proceso de formación de consejeros a nivel local.

La encuesta realizada en este estudio revela que, efectivamente, se han desarrollado actividades de réplica en las distintas regiones y servicios de salud, lo que es confirmado en las entrevistas individuales por consejeros/as y autoridades.

Del total de consejeros/as que participaron en talleres de formación en consejería de prevención primaria del VIH/SIDA, 127 señalaron que habían sido formados para replicar el taller en su servicio (66,5%). De ellos/as, 54 señala que sí ha realizado talleres de réplica (42,5%). El 68,5% tiene 5 y más años de experiencia en consejería, 63% son matrones/as, el 61,3% ha asistido a sólo un taller de capacitación. Sin embargo, hay 10 consejeros/as que, no habiendo recibido formación para ello, sí ha realizado talleres de formación en su servicio. El 55,6% de los talleres de réplica se ha desarrollado en las regiones con mayores niveles de VIH/SIDA.

Varios/as de los/as consejeros/as entrevistados individualmente deben su formación para la consejería, o parte de ella, a actividades de réplica de los talleres. La gran mayoría ha organizado y realizado actividades de réplica de la formación. En algunos casos fueron varios los talleres efectuados a los que -según ellos/as- asistió bastante gente. Las réplicas se han hecho en consultorios, a matronas, enfermeras, tecnólogos médicos, paramédicos. Algunos no habían hecho réplica de los talleres, pero estaba en sus planes hacerlos durante este año 2004.

Tanto las autoridades regionales como los/as Encargados/as de Programa de Prevención de VIH/SIDA señalan que en sus reparticiones se han realizado actividades de formación de consejeros en prevención, pero no tienen registros detallados de quienes han participado o de si esas personas continúan ejerciendo como consejeros/as. Asimismo señalan que esa información no les es solicitada por otra instancia ni por CONASIDA.

En los servicios de salud, Directores de Servicios y Encargados de los Programas AP y PP y Prevención en VIH, consideran que los materiales elaborados en CONASIDA son importantes para las actividades de formación y las réplicas de los talleres básicos, aunque -según algunos/as- para ello no han tenido asesoría del CONASIDA.

También señalan la ausencia de criterio que unifiquen las actividades de formación, así como de protocolos y sistemas de seguimiento y evaluación a nivel nacional.

III. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION DE CONSEJEROS EN PREVENCION PRIMARIA DE VIH/SIDA DESARROLLADOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN REGION METROPOLITANA¹⁸

La formación de consejeros/as en las organizaciones de la sociedad civil en la visión de los consejeros, encargados de consejería y directivos, en general, es indicada como una condición para el trabajo que se desarrolla y todas las organizaciones entrevistadas manifiestan haber tenido experiencias institucionales en este sentido.

Los contenidos de la formación se presentan variados y trascienden el campo temático de la epidemia del VIH/SIDA, incluyéndose, por ejemplo, la mediación de conflictos de pareja. Los contenidos directamente vinculados a la consejería VIH consisten básicamente en los siguientes elementos:

- Confidencialidad
- Vulnerabilidad y percepción de riesgos
- Educación, "rol y características del consejero, habilidades y rol de la consejería"
- Derechos ciudadanos
- Diversidad sexual
- Trabajo con consultantes(/as) seropositivos

En este marco, se plantea la necesidad de profundizar en conocimiento médico de las ETS y aspectos específicos de la sexualidad, como asimismo, en la interacción adecuada para escuchar los consultantes/as. Esta necesidad de profundización se encuentra ligada a lograr una profesionalización de la consejería en sus distintos niveles.

En una de las instituciones se propuso como un tema nuclear –"el gran tema"– el enfrentamiento del problema del VIH/SIDA, en particular el uso del preservativo en las parejas heterosexuales y las formas en que las mujeres enfrentan dicho uso con sus parejas sexuales.

Los contenidos reseñados anteriormente se concretan en ciertos procesos de formación en consejería. En general, se reporta que las instituciones mantienen una acción persistente en cuanto a la capacitación, de este modo se informa en una organización que, al menos una vez al mes, se capacita a los consejeros en diferentes temas de interés, o en otra, que buscan asistir a la mayor cantidad de cursos posibles. Incluso se registra la experiencia de haber capacitado a personas que no pertenecen a este ámbito de la sociedad civil.

Esta disposición a la capacitación correspondería a la necesidad y voluntad de los consejeros. Situación contrastante con los servicios públicos de salud, donde según una organización, en CONASIDA "se obliga" a las personas a realizar cursos de capacitación en consejería.

Las diversas actividades de capacitación han contado con la colaboración entre instituciones de la sociedad civil y el Estado, se mencionan como entidades capacitadoras a la Corporación Chilena de Prevención del SIDA, el Centro de Detección Consejería Romero, el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales, la Universidad Diego Portales y los Seminarios *Insight*.

¹⁸ Las organizaciones consideradas en este estudio fueron: el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS), la Corporación Chilena de Prevención del SIDA, la Fundación CIPRESS (Centro de Investigación y Promoción de la Salud y la Sexualidad), la Red OSS (Red de Orientación en Salud Social) y la Fundación Grupo Lazos.

No existe una imagen de consenso respecto a los requisitos para ser consejero y el papel que cumple una formación en profundidad, así como las exigencias de aprobación. Así se señala por parte de un entrevistado *"no hay por qué pasar por tanto pre-requisito para lograr hacer una orientación"*, en cambio en otro caso, se propone la importancia de *"establecer, en un comienzo, quienes pueden llegar ser consejeros"*.

Ante las actividades de capacitación y de diálogo entre instituciones se afirma que *"no se han visto resultados"*, cuestionándose sus resultados efectivos. En este último aspecto, se plantea la necesidad de contar con evaluaciones de la formación de consejeros en VIH, acceder a supervisión y el diseño de formas de capacitación constante de los consejeros de la sociedad civil. Sin embargo, se enuncian evaluaciones positivas de las capacitaciones que incluso se vinculan con los orígenes institucionales y el recuerdo de quienes las fundaron en su preocupación por la formación. En la actualidad, se afirma que se encuentran incluso experimentando con nuevas formas de capacitación.

Un aspecto que dificulta el análisis de los contenidos, procesos y resultados de la formación en consejería es la resistencia a la publicación de los manuales y materiales de apoyo a la formación que han elaborado las organizaciones de la sociedad civil. Las instituciones se encuentran conscientes de este hecho y lo atribuyen a una "falta de cultura" en este aspecto.

En una de las instituciones se reconoció que el "modelo de consejería" de la capacitación entregada por el CONASIDA *"cada uno la va adaptando"*, planteándose las relaciones de colaboración y aprendizaje entre ONGs y Estado. Ante estas relaciones, se observan dos posiciones:

- Una posición crítica, donde las organizaciones cuestionan esa formación de CONASIDA por su falta de evolución, tecnicismo y ser puramente teórica, dejar de lado la relación entre homosexualidad, VIH/SIDA y las vulnerabilidad específicas de cada grupo. Por otra parte, se señala que algunas ONGs no han accedido a esa formación y desconocen la producción de documentos de CONASIDA sobre el tema.
- Una postura de reconocimiento positivo a los vínculos con esa formación y atribuirle el estatuto de la base del trabajo en consejería de algunas organizaciones de la sociedad civil. En ese reconocimiento se identifican lenguajes similares con apropiaciones únicas de cada organización.

IV. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACION DE LA CONSEJERIA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

En los Servicios de Salud, las consejerías -tanto en su versión pre-test como post test- han resultado ser la principal estrategia psicosocial de prevención y apoyo a la toma de decisiones referidas a la realización del examen, la evaluación de riesgo personal, además de constituirse en instancia de acompañamiento de los resultados positivos y negativos.

1. LA CONSEJERÍA CARA A CARA

Los procedimientos básicos definidos en CONASIDA para la consejería cara a cara son los siguientes:

- Señalar el carácter confidencial de las informaciones compartidas
- Identificar con claridad la demanda del consultante
- Facilitar la expresión de sentimientos del consultante
- Identificar las creencias y valores del consultante sobre ETS y VIH/SIDA
- Utilizar un lenguaje compatible con la cultura del consultante
- Intercambiar información sobre ETS y VIH/SIDA, sus formas de transmisión, prevención y tratamiento, con énfasis en las situaciones de riesgo del consultante
- Facilitar al consultante la evaluación y percepción de riesgo de infecciones por el VIH y otras ETS
- Identificar barreras para el cambio de las situaciones de riesgo
- Contribuir a la elaboración de un plan viable de reducción de riesgos

- Acompañar la toma de decisiones respecto a la o las estrategias de prevención a implementar
- Estimular la autoestima del consultante
- Analizar los estigmas, mitos y prejuicios relacionados con el VIH/SIDA, en un contexto de respeto a los estilos de vida, valores y creencias de los consultantes
- Prestar apoyo emocional al consultante
- Orientar y derivar al consultante a otros servicios de asistencia y apoyo existentes en la comunidad

Se considera que la consejería debe adecuarse a las características y necesidades del consultante. Ello hace difícil establecer un tiempo único para su duración. En los Servicios de Salud se debe considerar, además, el tiempo que los profesionales pueden dedicar a la atención a cada persona. En general, se estima que una consejería pre test de examen de detección de VIH toma un promedio de 15 minutos, mientras que un post test puede variar entre 15 y 45 minutos, dependiendo del resultado entregado y de sus efectos en los consultantes.

Aproximadamente la mitad de los/as consejeros/as que respondieron el cuestionario se presentó por iniciativa propia para hacer consejería, mientras en el 40% de los casos, la institución en la que trabaja le asignó la tarea. Los/as otros/as (13%) negociaron su incorporación. Entre los que hacen consejería es mayor la proporción de consejeros/as que se han iniciado en los últimos 2 años, trabajan en consultorios, se desempeñan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA.

A) LA CONSEJERÍA DE PRE TEST DE ELISA

Nueve de cada 10 consejeros/as que respondieron el cuestionario (191) realizaron consejerías pre test en los tres meses anteriores (agosto/septiembre 2003 y diciembre 2003/enero 2004). En promedio los/as consejeros/as realizaron 23 consejerías en el trimestre. Es decir, cada consejero realizó en 8 consejerías de pre test al mes en promedio, y 2 consejerías pre test a la semana¹⁹. Sin embargo, el 50% realizó como máximo 10 consejerías en el trimestre, o sea tres consejerías por mes y menos de una la semana, y sólo el 25% realizó más de 25 consejerías en el período. Es decir, existe un grupo de consejeros/as que tiene una carga llamativamente mayor al resto.

A medida que aumenta la cantidad de años como consejero/a, aumenta la cantidad de consejerías realizadas, y los/as consejeros/as que trabajan en consultorios hacen proporcionalmente más consejerías aquellos de hospitales. Los/as profesionales que se sienten más satisfechos con la propia experiencia y/o con las condiciones de trabajo de la consejería hacen en una mayor proporción consejerías de pre test. Se observa la tendencia que a medida que aumenta el grado de satisfacción, se incrementa la proporción de consejeros/as que realizaron consejerías pre test en el período indicado.

QUIENES REALIZARON UNA MAYOR CANTIDAD DE CONSEJERÍAS PRE TEST EN PROMEDIO EN EL PERÍODO FUERON:

- Quienes trabajan en hospitales y consultorios adosados,
- Quienes tienen cinco y más años de experiencia
- Quienes trabajan en regiones que no tienen

alta incidencia de casos de VIH/SIDA (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII)

- Quienes tienen una profesión distinta a la de matron/a
- Quienes asistieron a talleres sólo de carácter nacional
- Los/as que realizaron el taller de formación principal a cargo de la CONASIDA
- Y que tienen un alto grado de carga laboral.

La duración promedio de las consejerías pre test fue de 26 minutos, existiendo variabilidad en el tiempo de duración²⁰: un cuarto señaló que duraban en promedio 17 minutos, la mitad que duraban hasta 28 minutos, un tercio, que duraban 30 minutos exactos y sólo 17% que duraban más de 30 minutos.

LOS/AS CONSEJEROS/AS QUE SEÑALAN QUE SUS CONSEJERÍAS PRE TEST TIENEN UNA MAYOR DURACIÓN SON:

- Los/as que tienen entre dos y cinco años de experiencia
- Se inscribieron como consejeros/as por iniciativa propia
- Se desempeñan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (I, V, VIII y RM)
- Han asistido a talleres de formación tanto locales como nacionales, en ambos períodos, y
- Tienen mayor grado de satisfacción con la experiencia como consejeros/as.

Algo más de la mitad de los/as consejeros/as percibe que el tiempo que le puede dedicar a las consejerías pre test es suficiente, los/as otros/as (44,2%) estiman lo contrario. El tiempo promedio de que disponen tanto unos/as como otros/

¹⁹ De los 191 consejeros/as que en el período realizaron consejerías pre test, sólo 154 señalaron en el cuestionario la cantidad de consejerías que habían realizado, de los restantes 37 no se tiene información sobre cuántas consejerías pre test realizaron.

²⁰ El rango de variación del tiempo de duración de las consejerías pre test varía entre 2 minutos y 60 minutos, existiendo una desviación estándar respecto de la media de 13 minutos.

as no difiere en gran medida, los que están de acuerdo utilizan 28 minutos, los que están en desacuerdo 24 minutos.

Los/as consejeros/as que estiman que es inadecuado el tiempo utilizado para la consejería pre test es el adecuado son en una mayor proporción:

- Los que tienen entre 2 y 5 años como consejeros/as
- Los que trabajan en regiones con tasa de incidencia de casos de VIH más bajas (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII).

La calificación de que el tiempo disponible para hacer la consejería pre test es suficiente está fuertemente asociada al grado de satisfacción con la experiencia de ser consejeros/as.

LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA CONSEJERÍA DE PRE-TEST SE REFIEREN A:

1) CONFIDENCIALIDAD DE LO CONVERSADO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- Asegurar explícitamente a el o la consultante la confidencialidad de lo que se converse en la consejería y del resultado del examen
- Solicitar a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería

2) LA ENTREGA DE INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA:

- Entregar información sobre VIH/SIDA (formas de transmisión, prevención, etc.)
- Explicar el significado del "período ventana" y sus implicancias en relación a los

resultados del test y su estilo de vida

- Abordar con el o la consultante sobre la adopción de un "plan de reducción de riesgo" según la situación particular de cada consultante
- Explicar que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más

3) ESTRATEGIAS DE ABORDAJE PARA ESTABLECER EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA Y PRÁCTICAS SEXUALES DE CONSULTANTES/AS:

- Indagar acerca de cuál es el grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/SIDA antes de entregar cualquier tipo de información
- Abordar las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante
- Preguntar a el o la consultante acerca de los motivos por los cuales se quieren realizar el examen VIH/SIDA
- Indagar acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante
- Realizar una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo
- Dejar tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo.

Sólo dos acciones son realizadas *siempre* por menos de la mitad de los/as consejeros/as. La primera de estas actividades es "Abordar con el o la consultante la adopción de un plan de reducción de riesgo según la situación particular de cada consultante" (5 de cada 10). La segunda es "Realizar una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo" (2 de cada 10).

Llama la atención la baja frecuencia de "Realizar una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo". La mitad de los/as consejeros/as dice realizarla a veces o nunca.

"Solicitar a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería" es mencionada como que *nunca* es realizada por una proporción preocupante de consejeros/as (12,9%).

A medida que aumentan los años como consejero/a, aumenta la proporción de los que afirman que hacen siempre nueve de las doce actividades. Los/as consejeros/as que trabajan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (I, V, VIII, RM) realizan siempre acciones en una proporción mayor que los/as otros/as.

Los/as consejeros/as que utilizaron más tiempo en la consejería de pre test (30 o más minutos) señalaron en una proporción mayor que realizaban siempre las acciones indicadas (11 de las 12 acciones). También se aprecia que, a medida que aumenta el grado de satisfacción con la experiencia como consejeros/as, aumenta la proporción que señaló que siempre realizaba las distintas actividades.

Las respuestas que se obtienen en las entrevistas en profundidad a consejeros/as profundizan en las acciones que realizan en la consejería de pre test y tienen una secuencia que, en gran medida, expresa estrategias de abordaje que han ido desarrollando en el ejercicio de la actividad.

Entre las personas a las que se les plantea recibir una consejería las hay de distintos orígenes: las que van voluntariamente y aquellas que son derivadas, principalmente desde el propio sistema de salud público. La estrategia de abordaje en ambos casos difiere, pues está asociada a la motivación por hacerse el test y tener la consejería.

SE SEÑALA, EN GENERAL, EL SIGUIENTE ITINERARIO:

- Presentación (se señala la experiencia y disposición para escuchar inquietudes y demandas, y el motivo de proponerle una consejería)
- Aceptada la consejería se plantea la confidencialidad y se solicita el consentimiento informado
- Motivo de consulta: voluntaria o derivación y su posible causa
- Caracterización del/a consultante/a y solicitud de datos si se va a llenar una ficha
- Profundización en torno a posibles conductas de riesgo para solicitar hacerse el test de ELISA, creencias, sexualidad, tipo de pareja y uso de preservativo
- Establecer el nivel de conocimiento que tiene el consultante de la enfermedad y a partir de ello aclara dudas y entrega información
- Énfasis y refuerzo de información para la prevención e insistencia en el uso del preservativo
- Consulta sobre motivos para hacerse el test de ELISA, si está realmente convencido/a de hacérselo
- Información sobre posible resultado del test, positivo o negativo
- Poner a la persona en la situación que salga positivo, información sobre las redes de apoyo que puede tener y personas con las que puede conversar
- Explicación del resultado negativo, significado para su vida futura y sus comportamientos
- A veces -cuando tienen- demostración del uso correcto del preservativo, y entrega de cartillas de apoyo, cuando las hay.

El principal recurso utilizado para enfrentar a la persona consultante es crear un lazo de confianza, que se sienta escuchada, tranquilizarla si está angustiada, darle confianza. Ser afectuosos/as, dejarla llorar.

Algunos/as estiman que es más fácil hacer la consejería a hombres homosexuales porque tienden a saber a lo que van y por qué, que es más fácil tratar con ellos que con los heterosexuales. Estos últimos están muy preocupados por la confidencialidad de la información.

Con las mujeres consultantes tratan de responder a las dudas que tienen sobre comportamientos de sus parejas o maridos que les han engañado, rara vez llegan por haber tenido relaciones ocasionales sin preservativo.

La mayoría de los/as consejeros/as lleva un registro confidencial de las consejerías (casi 7 de 10). Los/as que llevan registro confidencial en una proporción mayor son: los/as que trabajan en hospitales y consultorios de atención primaria y los que están en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA (I, V, VIII, RM). En una proporción mayor llevan registro confidenciales también los/as que asistieron a dos o más talleres de formación, los/as que asistieron al taller de formación principal realizado por la CONASIDA y en los que ésta duró 33 o más horas. Por último, a medida que aumenta el grado de satisfacción con la experiencia como consejeros/as, y quienes realizan consejerías pre test de 30 o más minutos llevan en mayor proporción un registro confidencial.

Los/as consejeros/as que fueron entrevistados personalmente, en una proporción importante llevan registros confidenciales de quienes solicitan consejería para el test de ELISA. Las modalidades son diversas y dependen de cada consejero/a. No conocen la existencia de algún registro tipo estandarizado que sea de uso generalizado entre

quienes hacen consejería. Registran en cuadernos personales, tarjeteros, fichas, hojas del consultante. Algunos/as llevan registros más minuciosos.

En otros casos los/as consejeros/as no llevan registros, porque afirman que no se debe ingresar información que es confidencial y porque son personas que van espontáneamente y que es posible que no vuelvan. Eso haría innecesario el registro.

La mayoría de los/as consejeros/as señaló conocer lo que sucede con los/as consultantes después de la consejería pre test en los siguientes aspectos (8 de 10): si se hicieron o no el test de ELISA, cuál fue el resultado, si recogieron el resultado. Quienes mayor conocimiento tienen son aquellos/as con mayor satisfacción.

En las entrevistas en profundidad, los/as consejeros/as entrevistados señalan que en muchos casos sí saben si los/as consultantes/as se hicieron el test. En algunos casos les acompañan a que se lo hagan, o porque se los mandan, o lo saben porque son quienes entregan el resultado.

Varios/as de los/as consejeros/as se informan del resultado de los test porque ellos/as hacen la entrega de los resultado y/o, porque cuando el resultado es positivo, ellos/as son quienes hacen la consejería.

LA CONFIDENCIALIDAD

Los/as consejeros/as toman distintas medidas de seguridad con la información de los consultantes y/o pacientes: que la identidad de la persona no sea conocida, que las fichas sólo las manejen las personas que hacen la consejería, pero las precauciones generan dificultades cuando las órdenes van en clave.

SE SEÑALA QUE EXISTEN DIVERSOS PROBLEMAS CON LA CONFIDENCIALIDAD:

- Dar o no el diagnóstico a los médicos tratantes en el hospital
- El comportamiento de algunos médicos y su rotación (anotación destacada en las fichas clínicas)
- Homofobia de algunos médicos
- Molestia de los pacientes porque sus datos van en una ficha clínica
- Demanda de información por parte de los familiares
- Que el jefe de un paciente se entere del resultado
- Filtraciones por el acceso que tienen diversas personas a la información en el hospital
- La hospitalización significa que la confidencialidad se acabó
- Envío de resultados con el nombre del/a paciente.

Los directivos de los servicios de salud entrevistados señalaron, en general, que la información que manejan es reservada, confidencial, que hay normas al respecto y que no han tenido filtraciones, que la información que identifica a los consultantes va con claves.

Sin embargo, en la práctica es relativo por el proceso de atención hospitalaria. No hay espacios que aseguren privacidad. La confidencialidad para varios/as entrevistados/as es un tema controvertido en la medida en que los derechos individuales limitan con los derechos de los demás. Se señala el caso de las ETS, en que se les pregunta por sus contactos sexuales, se busca a esas personas y se las aborda, desde una visión epidemiológica y jerárquica. En esa visión, el respeto a los derechos de las personas y su sexualidad se coloca por encima de la comunidad. Por otra parte, en los laboratorios los datos están disponibles de todas maneras, aunque codificadas. También se expresa que enfrentan problemas

éticos cuando saben que la persona que vive con VIH no informa a su pareja de su calida de tal. En algunos casos no se ha respetado la confidencialidad y ha habido reclamos.

Algunos/as informantes claves señalan la necesidad de distinguir entre confidencialidad y privacidad o anonimato.

B) CONSEJERÍA POST TEST CON ENTREGA DE RESULTADO NEGATIVO (CPTN)

De los/as consejeros/as que respondieron la encuesta, el 71,7% (157) realizó consejerías post test con entrega de resultado negativo en los tres meses anteriores a la consulta. El número promedio fue de 19 consejerías, es decir 6 consejerías post test con entrega de resultados negativos al mes. Pero, al igual que en las consejerías de pre test, aproximadamente un 25% de los/as consejeros/as hizo como máximo 3 consejerías de este tipo en el trimestre (una por mes), y el 25% que hizo más consejerías, hizo 16 o más consejerías en el trimestre.

Al igual que en las consejerías pre test, los/as matrones/as realizaron en una proporción mayor que los/as de otras profesiones consejerías de test con resultado negativo. A mayor grado de satisfacción en la actividad de consejero/a, mayor es la proporción de consejeros/as que la realiza.

Quienes hicieron un promedio mayor de consejerías en el trimestre son aquellos/as que tienen una experiencia de cinco o más años de experiencia, trabajan en hospitales y en otras instituciones, se desempeñan en regiones con menor incidencia de casos de VIH/SIDA (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII), asistieron sólo a talleres de formación de carácter nacional, asistieron al taller de formación principal a cargo de la CONASIDA y de otras instituciones, presentan un alto grado de carga laboral, tienen un mayor grado de satisfacción tanto con lo aprendido en el taller de

formación, como con la experiencia como consejero. La duración promedio de las consejerías post test con entrega de resultado negativo fue de 18 minutos²¹, es decir, la duración promedio de esta consejería es menor a la que tienen en promedio las consejerías pre test (26 minutos). El 25% demoró como máximo hasta 10 minutos y el 25% con valores mayores las realizó utilizando a lo menos 20 minutos.

Un poco más de la mitad de los/as consejeros/as señaló que el tiempo que pueden dedicarle a las consejerías post test con entrega de resultado negativo era suficiente (6 de cada 10). Esta proporción es levemente superior a los valores para la consejería de pre test. Un tercio manifestó que el tiempo era insuficiente (4 de cada 10).

LAS ACCIONES CONSULTADAS EN LA ENCUESTA SOBRE ESTA CONSEJERÍA SON DE DOS TIPOS:

- 1) Las relacionadas con la forma y el contexto en que se realiza la consejería post test con resultado negativo CPTN:
 - Realizar una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test
 - Entregar personalmente y en privado el resultado del examen.
- 2) Las relacionadas con estrategias preventivas utilizadas en el caso de que exista un resultado negativo:
 - Explicar el significado del "período ventana" y las implicancias de un resultado negativo
 - Ayudar a el o la consultante a entender

el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual

- Realizar una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante
- Sugerir a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el período ventana.

La mayoría de los/as consejeros/as realiza *siempre* cinco de las seis actividades (7 de cada 10). La sexta acción "*Realizar una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante*" sólo es efectuado *siempre* por 1,5 consejeros/as de cada 10, en cambio 5 de cada 10 la realizan *a veces o nunca*. Es conveniente recordar que esta acción es la realizada con menor frecuencia en la consejería de pre test, sólo 2 de cada 10 consejeros/as la llevaba a cabo *siempre*.

La mayor frecuencia en realizar *siempre* las acciones señaladas en el post test con resultado negativo está asociada a: los años de experiencia de los/as consejeros/as, la región en que se realiza la consejería -más acciones se realizan *siempre* por los/as consejeros/as que trabajan en regiones con mayor incidencia de casos de VIDA-, la mayor duración de la consejería, la asistencia a talleres de formación y la duración de la formación principal.

En las entrevistas en profundidad, los/as consejeros/as señalaron que la apertura del sobre con el resultado del pre test es un momento especial, algunos/as les preguntan, antes de abrirlo, si desean compartir el resultado y si tienen dudas de hacerlo. Una vez abierto el sobre algunos/as, al ver el resultado negativo, felicitan al/a consultante/a. Otros/as analizan la situación de riesgo en que se pusieron. A continuación les indican que el resultado es válido hasta el momen-

²¹ El rango de variación del tiempo de duración de es el mismo que el de las consejerías pre test (de 2 a 60 minutos), sin embargo, la desviación estándar respecto de la media es levemente menor (11,3 minutos).

to que se realizó el examen y explican el significado del período de ventana. Preguntan sobre lo que han hecho en el período que va desde que se tomaron el examen al momento en que fueron a ver el resultado. Algunos/as incentivan a los consultantes con conductas de riesgo a que lleven sus contactos. Se pone énfasis en las conductas de prevención que debe tener a futuro el/a consultante/a. Algunos/as vuelven a explicar la importancia del uso del preservativo. Finalmente, dejan las puertas abiertas, para cuando estimen que requieran otra consejería y hacerse el examen de nuevo.

Algunos/as llevan otro registro de esta consejería.

C) CONSEJERÍA POST TEST CON ENTREGA DE RESULTADO POSITIVO (CPTP)

Sólo tres de cada 10 consejeros/as que respondieron la encuesta realizaron consejerías post test con entrega de resultado positivo en los tres meses anteriores a la encuesta (63). El promedio de consejerías pos test con resultado positivo fue 3,5 consejerías, es decir 1 consejería al mes. El 25% sólo realizó una consejería en el período y el 25% que más hizo realizó 4 o más. Una pequeña proporción de consejeros/as concentra gran parte de este tipo de consejería²².

Es mayor la proporción de consejeros/as que hace CPTP a medida que aumentan los años de experiencia de la actividad, si trabajan en hospitales y otros (servicios anexos a los hospitales) y si su actividad la ejercen en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA. A diferencia de lo que ocurría en las consejerías pre test y post test con resultado negativo son los/as consejeros/as de otras profesiones (no matrones/as) quienes realizan en una proporción mayor estas consejerías.

A medida que aumenta el grado de satisfacción de los/as consejeros/as con lo aprendido en los talleres de formación y con la experiencia el trabajo, aumenta la proporción de los que realizan este tipo de consejería.

Las entrevistas en profundidad confirman que son relativamente pocos/as los/as consejeros/as que realizan consejería post test con resultado positivo. Los/as que hacen este tipo de consejería reciben en muchos casos consultantes que han sido atendido por otros/as consejeros/as. Sólo algunos/as hacen la consejería post test positiva a quienes hicieron antes la consejería pre test. Hay una suerte de especialización en este tipo de consejería y hay consejeros/as que hacen consejería pre test a personas que han estado en situación de riesgo por si salen positivos. Los/as hay también quienes no hacen consejería de pre test pero les mandan a los post test con resultado positivo.

La duración promedio de estas consejerías es de 51 minutos. Estas consejerías son las de mayor duración promedio, en relación a las consejerías pre test (26 minutos) y post test con resultado negativo (18 minutos).

La mayor duración de esta consejería se da en consejeros/as que tienen entre dos y cinco años de experiencia, realizan consejerías en consultorios y otras instituciones, se desempeñan en regiones que no tienen alta incidencia de casos de VIH/SIDA (II, III, IV, VI, VII, IX, X, XI, XII), asistieron a talleres de formación de tipo local o a ambos tipos de talleres, asistieron a un taller de formación de 33 o más horas de duración y tienen un mayor grado de satisfacción tanto con la experiencia como consejeros/as con lo aprendido en los talleres de formación.

²² De los/as 63 consejeros/as que respondió que había hecho consejería de post test con resultado positivo en el trimestre anterior, sólo 36 indicaron la cantidad habían hecho. Entre ellos/as 15 habían hecho sólo 1 en el trimestre, 7 realizaron 2, 9 hicieron entre 4 y 7 consejerías y 5 consejeros/as concentraron una cantidad más importante de consejerías.

Un poco más de la mitad de los/as consejeros/as señaló que el tiempo que pueden dedicarle a las consejerías post test con entrega de resultados positivo era suficiente (6 de cada 10), un poco menos de la mitad (4 de cada 10) señaló que el tiempo era insuficiente, pese a que el tiempo promedio de ambos grupos es semejante²³.

Los/as consejeros/as que en una mayor proporción señalaron que el tiempo que pueden dedicarle a las CPTP era insuficiente fueron los/as que tienen cinco años o más de experiencia, trabajan en otros servicios (ni hospitales ni consultorios), o no han asistido a talleres de formación.

En las entrevistas en profundidad, los/as consejeros/as mencionan que el tipo de información que tienen de los consultantes a los que se las hará la consejería post test con resultado positivo varía de acuerdo al tipo de consultante/a. Algunos/as son donantes del banco de sangre y otros lo hacen por conducta de riesgo. Los consultantes homosexuales que van por conducta de riesgo, en general saben a lo que van. Otros consultantes se toman el examen por la hepatitis B. De las personas atendidas en consejería pre test, tienen información sea en fichas o cuadernos personales. Pero de quienes son derivados, en general hay poca información.

Sobre la preparación que afirman tener para hacer consejería post test positiva, hay quienes sienten estar suficientemente preparados/as para realizarlas y para enfrentar situaciones de crisis. Estiman que su profesión y formación son recursos importantes. Otros/as en cambio estiman que

están preparados, pero que en ocasiones requieren apoyo de un/a psicólogo/a. Los hay también que señalan que nunca nadie está totalmente preparado.

Se consultó sobre las siguientes acciones para las consejerías post test positivo (CPTP):

1) Relacionadas a estrategias preventivas y requerimientos de información del/a consultante/a:

- Evaluar las redes de apoyo interpersonal con las que cuenta el o la consultante antes de entregar cualquier otra información
- Abordar con el o la consultante sobre las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.
- Entregar información para prevenir que el o la consultante le transmita a otra persona el VIH/SIDA
- Entregar información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo
- Informar a el o la consultante de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo
- Sugerir a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse distintos exámenes (carga viral, población linfocitaria, etc.)
- Citar a una consejería algunos días después si el o la consultante está muy impactado/a con el resultado positivo
- derivar a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta un shock emocional.

²³ Como referencia hay que señalar que la duración promedio de las CPTN que realizaron los/as consejeros/as que señalaron que era suficiente el tiempo que disponían para realizar las consejerías pre test fue de 53 minutos, con una desviación estándar para este grupo de 19 minutos. El tiempo promedio que duran las CPTP que realizaron los/as consejeros/as que señalaron que el tiempo que disponían era insuficiente fue de 49 minutos, con una desviación estándar para este grupo de 28 minutos.

2) Relacionadas con la entrega de información pertinente sobre el VIH/SIDA, funcionamiento del sistema y sus derechos:

- Informar a el o la consultante sobre las distintas fases del VIH/SIDA
- Explicar a el o la consultante sus derechos para acceder a controles, terapias, etc.
- Explicar a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH.

3) Asociadas con la entrega misma de los resultados:

- Realizar una consejería post test con entrega de resultados positivos a la misma persona a la que Ud. le realizó la consejería pre test
- Entregar personalmente y en privado el resultado del examen
- Ayudar a el o la consultante a entender los resultados en relación a las implicancias del resultado en su vida.

La mayoría de los/as consejeros/as que respondió la encuesta realizó *siempre* las catorce acciones propuestas. Las acciones que se realizan en una menor proporción son "*Derivar a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta shock emocional*" (6 de cada 10) y "*Sugerir a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse los distintos exámenes*" (2 de cada 10).

Los consejeros que dedican mayor tiempo a esta consejería son los que realizan las acciones *siempre* en una mayor proporción, los que participaron en actividades de formación que duraron 33 o más horas.

En las entrevistas en profundidad se obtuvo información que muestra las distintas formas de abordaje que tienen los/as consejeros/as. Destacan las siguientes:

- Pensar que todas las personas son distintas y dependerá de ellas la forma en enfrentarlas.
- Se preparan previamente porque tienen sus datos en la ficha.
- Señalan el tiempo que llevan trabajando en consejería, lo que les da tranquilidad.
- Respetar la confidencialidad siempre, y especialmente cuando no quieren que sus familiares lo sepan.
- En caso de angustia grave, hacer una interconsulta a salud mental.
- Reiterar el apoyo que se le dará frente a la enfermedad.

Además, señalan que realizan las siguientes acciones:

- Sondean qué espera el consultante de sus resultados e intentan ponerse en su lugar.
- Aclaran los pasos a seguir.
- Hacen dos entrevistas. En la primera escuchan al paciente, en la segunda hacen la prevención y derivación.

En el caso de entregar resultados positivos a mujeres, los/as entrevistados/as señalan que no hay diferencias en cuanto a la forma en que reaccionan, que incluso llegan más tranquilas que muchos hombres. En el caso de dueñas de casa que no sospechan que su pareja es seropositiva o tienen dudas, sienten mucha rabia cuando se enteran. Se da cuenta de casos de mujeres en que ellas han transmitido el virus a sus parejas. En el caso de las mujeres embarazadas, se crea una situación de mayor tensión para los/as consejeros/as, les es más difícil no involucrarse emocionalmente.

En el caso de varones que viven con una pareja heterosexual, las acciones se orientan al conocimiento de la enfermedad, a la relación y comunicación con su familia para que hable con la esposa y ésta se haga el examen, a respetar la decisión

que tome en cuanto a comunicarlo o no, a reducir los sentimientos de culpa.

Señalan también diversos "obstáculos" que habría en el caso de consultantes homosexuales para adoptar medidas preventivas: "que tienen incorporada la promiscuidad", "que son inestables en el uso del condón", "que no les importa infectarse si sienten cariño por la pareja", que no tienen muchas ocasiones para hablar sobre su sexualidad, el consumo de alcohol y droga, "que no tienen plata para comprar preservativos". Pero también señalan respuestas que muestran la preocupación de los homosexuales por prevenir.

Las entrevistas en profundidad revelan diversas respuestas ante las expresiones suicidas. Un tipo de respuesta es relajar a la persona, hablarle, que no tome decisiones precipitadas. Otra respuesta es dar esperanzas, decirles que hay tratamiento para la enfermedad. Hay consejeros/as que prefieren un apoyo psicológico para el consultante. A algunos/as no les ha tocado ese tipo de reacciones.

Los rechazos o molestias, como lo denominan consejeros/as, frente a cierto tipo de pacientes son reconocidos por éstos/as. Algunos lo sintieron al comenzar su experiencia de consejería. Otros/as sienten rechazo por los homosexuales que seducen a otros y los contagian. Molestias producen los hombres homosexuales que tratan de manipular a los profesionales de los servicios haciendo uso de sus organizaciones. Varios/as expresan que siente cierto rechazo por las travestis. Molestia sienten cuando un miembro de la pareja sabe que el/la otro/a está infectada y no hacen nada por prevenir el contagio. Los pacientes esquizofrénicos producen en algunos/as consejeros/as reacciones de rechazo. Incomodidad generan los adolescentes, porque no se sabe si asimilan la información que se les entrega o no. Molestan los consultantes que van obligados a hacerse un examen. Molesta la gente que llega

derivada por Gendarmería y que no tiene intenciones de hacérselo y lo hace por obligación, por un trámite. Molestan aquellos que insisten en realizárselo muy seguido sin cambiar las conductas o que no tienen situaciones de riesgo e insisten en hacérselo por motivos de control.

En síntesis, algo menos del 10% no realizó ningún tipo de consejería en el período considerado. Entre los/as que hicieron consejerías, casi el 50% realizó consejerías de pre test y de entrega de resultado negativos y el 30% realizó el conjunto de las consejerías. Unos/as pocos/as sólo entregaron resultados.

A medida que se incrementa la experiencia como consejero/as éstos/as realizan en una mayor proporción consejerías de todo tipo, incluidas aquellas con entrega de resultado positivo, lo contrario sucede con los/as que no hicieron consejería, sólo hicieron pre test o pre test con entrega de resultado negativo.

La evaluación que hacen los/as consejeros/as en las entrevistas en profundidad sobre su experiencia, es en general positiva. Es un tipo de actividad que les gusta y a algunos/as les ha cambiado la vida.

En cuanto a las FF.AA. y las empresas, en general los servicios de salud no tienen relación y no saben qué procedimientos realizan las FFAA. Saben que piden el test de ELISA para ingresar. También algunas empresas piden el test de ELISA para ingresar al trabajo pese a estar prohibido por la Ley del SIDA.

En cuanto a los criterios que siguen los servicios de salud con los menores de edad que solicitan el examen ELISA, éstos varían significativamente. Las formas de abordaje van, desde aceptarlo sin más, hasta pedirle que vaya acompañado de un mayor para hacérselo.

EL IMPACTO DE LA CONSEJERÍA

Los/as consejeros/as tienen diversas percepciones del impacto que tiene la consejería que realizan, según lo mencionan en las entrevistas en profundidad. Las hay muy distintas, desde personas que reconocen su conducta de riesgo y se comprometen a modificarla hasta otras que no cambian y se les toma una y otra vez el examen. En general, perciben que las personas que han consultado agradecen poder hablar de temas que no pueden hablar en otra parte. La situación cultural influye en las respuestas que tienen de las personas que consultan.

En algunos casos los/as consultantes vuelven a conversar con el/a consejero/a, no sólo del VIH/SIDA, sino también de otros temas. Vuelven especialmente aquellos/as que resultaron portadores. También algunos/as consultantes que han tenido nuevamente situaciones de riesgo, las personas homosexuales y también familiares de las personas portadoras.

DIFICULTADES

Los/as entrevistados/as señalan algunos dilemas éticos que enfrentan con respecto a los/as consultantes y la información que les deben entregar: en relación con los niños que nacen de padres infectados, con la confidencialidad y las consecuencias que tiene para la familia el VIH/SIDA, y con el trato que algunos médicos dan a los pacientes.

LAS DIFICULTADES PLANTEADAS EN LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD SON:

- Establecer una relación fácil con los/as consultantes, conversar y crear confianza con el consultante, paciente
- El espacio donde se hace la consejería
- Falta de tiempo para dar una mejor atención

- Problemas asociados a la situación en que se hace las consejerías (el delantal, el escritorio, la prohibición de fumar)
- Problemas institucionales que repercuten en la consejería (el banco de sangre, el reconocimiento institucional, el tiempo, el espacio).

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL EN QUE SE REALIZAN LAS CONSEJERÍAS

Como ya se señaló en el primer capítulo de este texto, los/as SEREMI de Salud regionales y los/as entrevistados en profundidad sobre la consejería dieron diferentes opiniones sobre el papel que ocupa la consejería en el nivel regional. Algunos/as nunca se han planteado el lugar de la consejería en prevención primaria del VIH/SIDA en su región, consideran que, desde su cargo, no se ven cuestiones relativas al trato directo o cara a cara con el paciente, sino las líneas de prevención que abarquen al conjunto de la población o a poblaciones vulnerables. En ese sentido, la consejería no estaría dentro de esos criterios a considerar a nivel regional, sino a nivel de servicios. En algunos servicios se ha formado a consejeros/as porque está en el plan regional.

Los/as más consideran que este tipo de consejería es muy importante, pero que el sistema no está preparado para abordar en serio el tema de la sexualidad, y que tampoco los servicios de salud han recogido las medidas para implementarla. Los Seremis de Salud conocen la consejería a través de los Encargados de los Programas de VIH/SIDA de los servicios. Según varios entrevistados, CONASIDA no habría convocado a las Seremi. Entre los problemas planteados por algunos Seremis está el que no existen metas ni objetivos programáticos relativos a la consejería. Tampoco se conocen evaluaciones de la consejería. Una opinión amplia asocia la consejería especialmente con matrones/as y que no debería centrarse exclusivamente en estos/as profesionales.

Algunos Encargados de Programa de los servicios de salud consideran que la consejería es fundamental en la prevención en de la población vulnerable en atención primaria, que sirve para ayudar a que el consultante tome conciencia, aunque no siempre la toma, que va dirigida a la persona y que no tiene el efecto de una campaña.

Los directivos y encargados/as de Programas de Prevención en VIH/SIDA de los servicios señalan que la consejería se trabaja en distintos niveles, atención primaria, centros de ETS y SIDA y que hay personas que fueron preparadas para ello, que se ha trabajado en su formación y destinado a algunos grupos específicos.

La consejería como actividad es en general voluntaria y transversal, se ubica en diversos programas. En algunos servicios la consejería depende del Programa de la Mujer y la realizan las matronas, aunque los pacientes son en general hombres. En algunos casos ha ido pasando del consejero individual a una responsabilidad colectiva del equipo. Hay personas que se han especializado en el tema y que en general informan.

Algunos/as Encargados/as de programa de VIH/SIDA señalan que la consejería está programada en todas partes pero al no ser pagada no se prioriza como actividad, otros/as dicen que no está en el formulario y por eso no se hace.

Los servicios llevan registros, diversos entre sí, de lo que se hace en consejería y test de ELISA. En general la consejería la hace cada profesional, sin estar incluida en un programa.

RECURSOS DESTINADOS POR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA CONSEJERÍA

Para desarrollar la consejería, los servicios cuentan, principalmente, con recursos humanos. Han desarrollado proyectos para hacer campañas y sensibilizar a la población. Se apoya la consejería

con entrega de condones. Los preservativos se sacan de otros programas cuando no son suficientes los que entrega CONASIDA. Cuentan con folletería de apoyo, aunque se hace poca.

EL TEST DE ELISA

Los Seremis desconocen el número de tests de ELISA que se toman en su región, pero creen que debe haber estadísticas. Igual sucede con algunos de los directivos de los servicios. Algunos tienen la información aproximada o precisa. En otros casos se les ha solicitado la información.

La mayoría de los/as consejeros/as encuestados (7 de cada 10) señaló que en las instituciones donde trabajan se toman muestras de sangre para el test de ELISA. Aproximadamente la mitad señaló que en la institución donde trabajaba los resultados del test de ELISA se entregan dos semanas o después de su realización. El 40% indica que se demora 3 o más semanas. Se entrega más rápido en las regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA, y no hay grandes diferencias entre hospitales y consultorios.

Casi el 80% de los/as consejeros/as que trabajan en lugares donde se toman muestras de sangre señaló que en los últimos seis meses no había habido restricciones para ello en sus instituciones.

Aquellos consejeros/as (18) que indicaron que había habido restricciones a la toma de sangre en su institución (2 de cada 10), señalaron que faltaron reactivos, el personal calificado y/o el tiempo.

3. PROBLEMAS Y DIFICULTADES

Los problemas y dificultades en relación con la consejería que manifiestan directivos y Encargados/as de Programa de Prevención del VIH/SIDA de los servicios de salud están asociadas a los siguientes aspectos:

- La atención primaria no prioriza la consejería
- Hay problemas de disponibilidad de horas profesionales
- No se ha insertado la consejería en la programación, los servicios no se han dedicado a la prevención, en general
- No se reconoce el trabajo de los/as consejeros/as
- La ausencia de un programa propiamente tal, responsabilidad del Ministerio y de los servicios
- Problemas con los proyectos porque no han tenido seguimiento en el tiempo
- Falta de evaluación de la consejería.

Algunos/as informante claves destacan que la consejería es una herramienta metodológica, una forma de acercamiento al consultante, que abre espacios de conversación. La consejería ha ido adquiriendo una relevancia cada vez mayor, porque se han perfeccionado las estrategias para enfrentar la epidemia. Señalan que mientras hay consejeros en los hospitales que no dan abasto, los de los consultorios están con tiempo ocioso. Todavía la consejería está en la trastienda de los encargados de salud, pese a la importancia que tiene. La prioridad de las consejerías pasa por un tema de voluntad de las autoridades.

Según algunos/as, la consejería es un programa que se hace muy a pulso. No tienen claro cuán eficaz y eficiente es. Se reconoce esfuerzo de parte de CONASIDA, pero perciben una brecha entre teoría y práctica en relación a la consejería de parte de CONASIDA. CONASIDA debería haber participado de los objetivos programáticos desde el año 1999.

OTRAS MENCIONES A PROBLEMAS SON:

- que por no demostrarse la efectividad de la consejería ésta no fue colocada en FONASA
- en relación a la inclusión en la programación de los servicios y consultorios, se percibe que la consejería no está en el paquete de la programación, no se le da prioridad a las horas, ni a ese tipo de atención, pese a su presencia en los Programas de la Mujer y en las actividades de los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (CETS).
- todavía hay rasgos de discriminación en el tratamiento del SIDA por los servicios.

LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTEMENTE MENCIONADO POR LOS CONSEJEROS FUERON:

- *"No existe un servicio de apoyo psicológico dirigido a consejeros/as"*
- *"No hay un lugar adecuado para realizar las consejerías (que asegure confidencialidad e intimidad)"*
- *"No hay suficiente material para difusión (folletos, trípticos, etc.)"*
- *"No se destinan horas especiales para realizar las consejerías"*
- *"No hay suficientes condones para entregar a los y las consultantes"*
- *"Las actividades de consejería no tienen financiamiento"*
- *"Sentirse estresado/a y/o agotado/a por la sobrecarga de trabajo"*.

Agrupados, los principales problemas que enfrentan los/as consejeros/as en su actividad de consejería están asociados a la ausencia de apoyo psicológico, falta de materiales y carencias institucionales para el reconocimiento de la consejería.

ESTOS SON REITERADOS EN LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD QUE PLANTEAN CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL ORDEN INSTITUCIONAL Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO:

- Problemas relativos a las condiciones de trabajo: tener horario y horas definidas para hacer la consejería
- Falta normativa en relación a la institucionalización de la consejería, la normativa
- La falta de protocolos y garantía en la consejería deja a los funcionarios en una condición precaria
- La ausencia de un registro de consejeros/as
- Desde el CONASIDA no han puesto especial énfasis para establecer una normativa que permita una consejería reconocida y valorada
- No ha habido presencia de CONASIDA en hospitales.

Los directivos y encargados/as de programas de prevención de VIH/SIDA señalan que los recursos para hacer consejería son escasos, que la cantidad de preservativos es insuficiente y también la folletería. No hay apoyo de tipo psicológico para los/as consejeros/as, aunque lo han solicitado. Se ha obtenido apoyo psicológico en pocas oportunidades. Señalan que hay insuficiencias de infraestructura y que no hay salas especiales. Falta recursos electrónicos: computadores, red, acceso a internet.

LA SUSTENTABILIDAD DE LA CONSEJERÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La sustentabilidad de la consejería no está ni muchos menos clara entre los directivos de los servicios. Esta es una actividad que no está programada, que no tiene mayores recursos, que los consejeros/as hacen en cierta medida por propia voluntad pues los horarios no están adaptados a

ella, entre otras de las características que ya se han señalado.

En algún caso excepcional, el lugar donde se hace consejerías es una unidad distinguida del resto, tiene presupuesto, profesionales, vínculos con la subdirección médica y administrativa. Para solucionar problemas tiene las mismas dificultades que las otras unidades de funcionamiento regular.

4. CONDICIONES DE TRABAJO Y SATISFACCIÓN DE LOS/AS CONSEJEROS/AS

Los/as consejeros/as realizan, además de las consejerías, diversas actividades. Una proporción importante de los/as consejeros/as participa de diversos Programas de Salud. El Programa de la Mujer tiene el nivel mayor de participación de consejeros/as.

Se pueden distinguir tres grupos de actividades según la proporción de consejeros/as que las realiza:

a) Las que lleva a cabo la mayoría de los/as consejeros/as (8 de cada 10 consejeros/as):

- Atención de pacientes (aparte de las consejerías)
- Docencia / Investigación
- Coordinación de programa y/o actividades
- Apoyo a la gestión en la unidad
- Planificación actividades

b) Las realizadas entre el 40 y 69% de los/as consejeros/as

- Atención de ETS
- Toma de exámenes (sanguíneos y no sanguíneos)
- Control de Salud Sexual
- Actividades administrativas (papeleos, informes, etc.)

c) Las que son realizadas por pocas/las consejeros/las

- Consejería de prevención secundaria
- Formación a otros consejeros
- Asesorías en salud mental
- Realización de pruebas y análisis en laboratorios
- Consejerías telefónicas

OTRAS CONDICIONES SEÑALADAS:

- Nueve de cada 10 de los/as consejeros/as señalaron que no es supervisado por nadie.
- Siete de cada 10 señalaron que en la institución donde se desempeñan como consejeros/as no existe un sistema de tutorías ni de pasantías para la formación de consejeros/as.
- Nueve de cada 10 señalaron que no existe una sala de espera especial para los/as consultantes.

No obstante, la mayoría de los/as encuestados (6 de cada 10) está *muy satisfecho/a* o *satisfecho/a* con las condiciones laborales. Cuatro de cada 10 por el contrario está *muy insatisfecho/a* o *insatisfecho/a*. Entre los/as insatisfechos/as es mayor la proporción de quienes trabajan en hospitales y que se incorporaron a esta actividad por iniciativa propia. Es mayor la insatisfacción en los consejeros que tienen una experiencia entre 2 a 5 años.

El grado de satisfacción con las condiciones de trabajo en que se hace la consejería está también asociado al grado de involucramiento con la red de consejeros. La insatisfacción es menor a medida que se reduce su conocimiento y participación en la red. Es conveniente recordar que la red que se conoce son los lazos establecidos a nivel local, más que nacional.

La gran mayoría de los/as consejeros/as está muy satisfecho o satisfecho (8 de cada 10) con la experiencia de trabajar en consejerías cara a cara.

El grado de satisfacción con la experiencia de la consejería está asociado al involucramiento con la red de consejeros, a los años como consejero y a la satisfacción con las condiciones de trabajo.

5. LA RED DE CONSEJEROS/AS PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE VIH/SIDA

Los/as Seremi de Salud desconocen, en gran medida, la existencia de la Red de Consejería. Algunos/as dicen haber recibido algunos boletines. No tienen claro si se trata de una red local, a partir de funcionarios que trabajan en los servicios de la región, o nacional. Se confunde la Red de Consejeros con la red de atención de salud.

Entre los directivos de servicios de salud algunos/as saben que existe la Red, les parece importante. Para los informantes claves la Red ha sido algo positivo. Sin embargo para alguno/a, es un arma de doble filo, porque reposicionó a las matronas, demandan por ello e impidió que se difundiera.

Seremis y directivos de los servicios de salud a penas conocen la página web y el boletín. Otros la conocen pero no la utilizan.

La mayoría de los/as consejeros/as sabe que es parte de una red para la prevención de VIH/SIDA (8 de cada 10). De ellos/as, la mitad no ha participado en los últimos seis meses en una actividad de la red. Quienes han participado lo han hecho principalmente en actividades de nivel local. Muy pocos lo han hecho en actividades de nivel nacional (10,7%).

La mayoría de los/as consejeros/as no sabe que existe una página en internet de la red de consejeros/as (6 de cada 10). Quienes más saben de la existencia de esa página son los/as consejeros/as que trabajan en otras instituciones, en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA, y que tienen cinco o más años de experiencia. Cuatro

de cada diez consejeros/as no sabe qué es el Diario del Consejero/a y solamente el 26% lo lee.

6. DERIVACIONES DESDE EL FONOSIDA

La gran mayoría de los/as consejeros señaló que en los últimos seis meses no había recibido derivaciones del FONOSIDA (8 de cada 10). Quienes la han recibido en una mayor proporción son los que trabajan en consultorios de atención primaria, los que trabajan en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA y los que tienen mayor experiencia como consejeros/as.

En las entrevistas en profundidad los directivos de los servicios de salud afirmaron que no tenían un mayor conocimiento del FONOSIDA, ni una opinión clara sobre si la gente realmente lo usa.

Los Encargados de Programa en los servicios afirmaron tener poca relación con FONOSIDA. Reconocen que es un buen recurso, pero derivan poco (*"Es un recurso estupendo"*). Otras/as no tienen ninguna relación (*"Sabemos de su existencia, nunca hemos tenido una orientación con el FONOSIDA, no sabemos de las derivaciones"*).

7. APOYO DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Las respuestas de los/as directores de servicios de salud difieren en relación al apoyo que reciben de organizaciones de personas que viven con VIH. Algunos/as no las conocen, creen que debería existir relaciones desde los equipos que trabajan con ellos. En otros casos tienen apoyo de grupos de personas, pero no formales. En cambio, hay servicios que sí tienen contacto y trabajan con distintas organizaciones como Vivo Positivo, la Corporación Chilena de Prevención del SIDA, Unidos por la Vida, Margen, Ayún, Vida Optima.

En algunos/as casos la relación ha sido irregular, con grupos que aparecen y desaparecen. En otros casos no se ha podido crear relaciones, pese a que se les ha pedido. Algunos conocen ONGs que hacen consejería y toma de muestra de exámenes.

8. IMPACTO DE LA CAMPAÑA COMUNICACIONAL DE 2003 (CONASIDA)

El 50% de los/as consejeros/as indicó que no había recibido más demanda de consejerías desde que había comenzado la campaña medial de prevención 2003. El 31,5% sí lo había percibido. Quienes percibieron impacto de la campaña están entre quienes trabajan en consultorios y en regiones con alta incidencia de casos de VIH/SIDA.

En las entrevistas en profundidad las opiniones de los/as Seremi de Salud y encargados/as de programa fluctúan. Hasta ese momento no habían hecho y no tenían una evaluación. Varios/as de ellos tenían dudas acerca de su efectividad sobre el impacto que tenía.

Los directivos de servicios no consideraron que hubiera impacto de la campaña, que diciembre no era el momento adecuado.

Cabe señalar que el aumento de demanda de consejería como efecto de la campaña no constituía un objetivo de ésta, por lo que se considera un efecto indirecto.

9. CONSULTANTES DEL SISTEMA PÚBLICO²⁴

a) Evaluación de la consejería pre-test

La mayoría de los consultantes se enteró de la existencia de la consejería en prevención primaria para hacerse el test de ELISA a través del consultorio, porque lo mandaron a hacerse el examen (13 personas). El FONOSIDA y la Guía de Teléfonos fue otra forma de conocer de su existencia (5), llegaron por un amigo o pariente (3), por la página web de CONASIDA. A la mitad no se les consultó si querían tener una consejería. A ninguno se le preguntó con quién quería conversar.

Para la mayoría de los/as consultante, la obtención de la hora de atención fue rápida, adecuada. Para los menos, se demoraron en darle la hora de atención, por vacaciones. En otro caso le dijeron que tenía que esperar 4 meses más.

Las respuestas son contrapuestas -entre los/as consultantes- acerca de la espera previa a la consejería. Algunos se sintieron bien, otros, por el contrario mal, y la mayoría estaba asustado/a, nervioso/a. Las apreciaciones de los/as consultantes sobre la sala de espera presentan una gama desde los/as que la consideran adecuada (la mayoría) a los que opinan lo contrario.

Para una proporción importante, la consejería fue necesaria (18) y les ayudó de diferentes maneras, para otros/as les confundió o incomodó.

El tiempo promedio que los/as consultantes señalaron que había durado la consejería pre test fue de 19 minutos. Existe una gran variabilidad

en el tiempo promedio. De este modo, un cuarto de los/as consultantes encuestados/as indicó que la consejería pre test a la que habían asistido duró 7 o menos minutos, la mitad señaló que duró hasta un cuarto de hora y un cuarto dijo que había durado 30 o más minutos.

La mayoría de los/as consultantes (17 consultantes/as) manifestó que el tiempo de duración de la consejería había sido suficiente para aclarar dudas y/o hacer preguntas. Seis consultantes (25%) manifestaron que el tiempo había sido insuficiente, y uno/a no supo si había sido suficiente o insuficiente.

La calificación de la duración de la consejería como suficiente o insuficiente está asociada a la duración de la misma. La mayoría de los/as encuestados/as que asistieron a una consejerías pre test de 20 o más minutos de duración señalaron que el tiempo que había durado era suficiente (9 de cada 10). A la vez, una proporción importante de quienes asistieron a una consejerías pre test de 15 o menos minutos de duración señalaron que el tiempo que había durado era insuficiente (4 de cada 10).

En las entrevistas en profundidad, las mismas personas ahondan en la calificación acerca de si el tiempo de la consejería fue la adecuada. A una proporción importante le pareció que le tiempo fue el adecuado, otros la encontraron larga, burocrática o inadecuada.

Se consultó por las actividades que idealmente debieran realizar los/as consejero/as en las consejerías pre test para que éstas, en primer lu-

²⁴ La información tiene su origen en la encuesta "Escuchando la voz de consultantes y usuarias" del estudio nacional del sistema público de salud, y en entrevistas en profundidad a consultantes y PVVIH. El objetivo de la encuesta fue *conocer la opinión y percepciones que tienen los/as consultantes del sistema público de salud sobre la consejería y su satisfacción con ella*. Fue aplicada a una muestra reducida de casos en las regiones de más alta incidencia de VIH/SIDA en el país, en seis servicios de salud. Fueron entrevistados/as en los locales de atención: consultorios, Centros ETS, hospitales, etc. La encuesta se aplicó -en forma paralela y complementaria- a los mismos consultantes a los que se les realizó las entrevistas en profundidad. Conforme a los criterios de selección, respondieron la encuesta 24 consultantes de las regiones I, V, VIII y RM (4 casos en cada una de las tres primeras regiones y 12 casos en la metropolitana), correspondientes a los Servicios de Salud de Arica, Valparaíso, Talcahuano, Santiago Centro, Santiago Norte y Santiago Oriente (4 casos en cada Servicio de Salud). En total respondieron la encuesta 18 varones y 4 mujeres. La edad promedio de los/as consultantes fue de 32 años; un cuarto tenía 21 o menos años, la mitad 30 o menos años, y un cuarto tenía 43 o más años.

gar, estén centradas en los/as consultantes, y en segundo, sean efectivas como estrategia preventiva.

ESTA LISTA ABORDA TRES TIPOS DE ACCIONES:

- Que tienen que ver con la forma en que se realizan las consejerías, donde el énfasis está en los derechos de los/as consultantes involucrados en la consejería
- Que tienen que ver con la entrega de información para el conocimiento y la prevención de los/as consultantes
- Que tienen que ver con la historia sexual de los/as consultantes y las estrategias que utilizan los/as consejeros/as para comprender estas historias desde la perspectiva de los/as consultantes.

Las actividades que los/as consultantes señalaron que se habían realizado durante las consejerías pre test a las que habían asistido pueden ser divididas en dos grupos, según la proporción de consultantes que señaló que las habían realizado.

- Preguntas acerca de su historia sexual
- Firma de consentimiento en el que le informaron sobre sus derechos y deberes
- Pudo expresar lo que sentía y fue escuchado sin ser interrumpido
- Se le entregó información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc.)
- Pregunta acerca de los motivos para realizarse el examen VIH/SIDA
- La confidencialidad de lo que se conversó y del resultado del examen
- Consulta sobre el grado de conocimiento que maneja en relación al VIH/SIDA
- Se explicó el significado del «período ventana» y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida.

ACTIVIDADES QUE MENOS DE LA MITAD DE LOS/AS CONSULTANTES/AS SEÑALÓ HABER REALIZADO DURANTE LA CONSEJERÍA PRE TEST (ENTRE 45% Y 20%):

- Demostración de cómo se usa correctamente el preservativo
- Adopción de un «plan de reducción de riesgo»
- Le entregaron algún folleto o material escrito y condones
- Las repercusiones del resultado del examen en su vida sexual, laboral y familiar.

La duración de las consejerías pre test está asociada a la cantidad de acciones que hace el/a consejero/a. A mayor duración de la consejería, mayor es la proporción de acciones que se realiza.

En las entrevistas en profundidad, los/as consultantes tuvieron opiniones contrapuestas acerca de si la consejería les permitió aclarar las dudas y/o hacer las preguntas que querían. Para la mayoría sí fue posible aclarar las dudas y hacer preguntas, pero para otros no (6). Los/as que no pudieron aclarar dudas y/o hacer preguntas señalaron que la atención había sido demasiado rápida, que ya conocían la información, que les molestó el tono moralista del/a consejero/a o que no les parecía pertinente.

La mayoría de los/as consultantes se sintió bien durante la entrevista (15), otros/as, mal, incómodos, nerviosos (5). La mayoría se sintió acogido/a durante la consejería, pero para otros/as fue una mala experiencia.

Preguntados los/as consultantes sobre si algo les había llamado la atención durante la consejería, más de la mitad respondió que hubo aspectos que le parecieron llamativos: para algunos/as fue la buena acogida y el trato, para otros/as fue algún aspecto negativo; entre los negativos señalaron el trato cortante y el sesgo discriminatorio y moralista.

En general no se sintieron discriminados, pero algunos/as de los/as consultantes sí se sintieron así en algún momento de la consejería.

Dos tercios de los/a consultantes (16) señalaron que el/la consejero/a que los/as había atendido había llenado una ficha durante la consulta. Los que en una proporción mayor señalaron que quien lo había atendido había llenado una ficha fueron los/as consultantes que asistieron a consejerías pre test de 15 o menos minutos.

Una alta proporción manifestó que se habló de la confidencialidad del examen (21), y sintieron confianza de que lo dicho iba a ser guardado en secreto (19). La totalidad señaló que el lugar donde se había realizado la consejería pre test aseguraba la confidencialidad de la conversación.

Por último, 22 de los 24 consultantes/as encuestados/as señalaron que después de la consejería pre test se habían realizado el examen de ELISA.

b) Evaluación de la consejería post test

Los hombres VIH+ entrevistados relataron que estaban muy nerviosos a la hora de la consejería post test, algunos sospechaban del resultado porque la pareja tenía el virus o esperaban la confirmación de que sí lo tenían. Algunos recordaban que era un lugar acogedor, otros que era incómodo e impersonal. A dos no les habían avisado que les iban a hacer el examen, y se lo hicieron.

Algunas de las mujeres VIH+ señalaron que no esperaban que el resultado del test fuera positivo, que estaban intrigadas, que tenían pareja, algunas estaban embarazadas. Recordaban que en el momento de la espera se sentían solas, "como bicho raro" y se sorprendieron de ver a otras, in-

cluso embarazadas o a gente mayor. En la consejería en la que les informaron los resultados, algunas se sintieron maltratadas, otras se sintieron consoladas. A dos no les dijeron nada o les dejaron el resultado en la recepción de la clínica.

La actitud del/a consejero/a fue calificada de diversas maneras por mujeres y hombres VIH+ en las entrevistas en profundidad. Las mujeres, algunas sintieron que fueron maltratadas por e/la consejero/a, otras que las acogieron. Entre los hombres hubo los que calificaron bien al/a consejero/a, otros se sintieron maltratados. La mala acogida por el/a consejero está asociada a actitudes duras, violentas, homofóbicas de parte de estos/as hacia los/as consultantes

Casi la mitad de los/as consultantes encuestados/as (10 casos) señaló que el resultado del test de ELISA se lo entregó el/la mismo/a consejero/a que le realizó la consejería pre test. Siete (3 de cada 10) encuestados/as señalaron que el resultado se lo había entregado un/a consejero/a diferente.

La duración promedio de la consejería post test a la que asistieron los/as consultantes encuestados/as fue de 21 minutos. Este tiempo es levemente superior al tiempo de duración de las consejerías pre test (19 minutos). Existe variabilidad en el tiempo promedio que los/as consultantes señalaron que había durado las consejerías post test. Un cuarto manifestó que el tiempo de duración de la consejería post test fue de hasta 10 minutos, la mitad que duró hasta 20 minutos, y un cuarto que duró 30 o más minutos.

Quince de los/as 22 consultantes encuestados/as señalaron que el tiempo de duración de las consejerías post test había sido suficiente para poder aclarar dudas y/o preguntas durante las consejerías post test. Sólo tres señalaron que el tiempo de duración había sido insuficiente.

ACCIONES QUE SE REALIZARON EN LA CONSEJERÍA POST TEST

Se consultó sobre las mismas actividades que a los/as consejeros/as, pero se agregó la actividad "Le entregaron algún folleto o material escrito y condones".

LAS ACTIVIDADES INDICADAS POR 15 CONSULTANTES ENCUESTADOS FUERON:

- Entrega personal y en privado de los resultados del examen
- Le ayudaron a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que puede tener en su vida sexual.

ACCIONES SEÑALADAS POR 4 A 7 CONSULTANTES (40% O MENOS):

- Entrega de información sobre las distintas fases del VIH/SIDA
- Entrega de información sobre los distintos lugares a los cuales se puede recurrir para recibir apoyo
- Le sugirieron que se realizara otro examen una vez concluido el período ventana (7 casos)
- Las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.
- Le explicaron el funcionamiento del programa VIH/SIDA
- Le hicieron una demostración y/o reforzamiento del uso del preservativo (4 casos).

ACCIONES SEÑALADAS POR SÓLO DOS CONSULTANTES:

- Le hablaron sobre los tratamientos antirretro-virales y el cambio de sobrevida y calidad de vida
- Le entregaron información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo.

En las entrevistas en profundidad las personas que viven con el VIH indicaron lo que les habían explicado sobre la enfermedad los/as consejeros/as. Las mujeres dicen que recibieron poca información e incluso a una se le dijo que iba a morir pronto. Los hombres señalan que algo les dijeron, con indicaciones de distinto tipo entre clínicas, morales y conductuales. Hombres y mujeres VIH+ se quedaron con dudas que no pudieron resolver en la consejería post.

Entre los hombres y las mujeres VIH+ hubo aspectos que les llamaron la atención y fueron mencionados en las entrevistas en profundidad. Están referidos al maltrato, la forma en que les entregaron la información, el poco tiempo de duración de la consejería, las actitudes homofóbicas, el que les hayan hecho el examen sin que supieran. La mayoría dijo que sí les sirvió para conocer el sistema y que les entregó herramientas para el autocuidado.

Las mujeres manifestaron en las entrevistas en profundidad que no les había servido la consejería para conocer el sistema de atención a PVVIH y que no les habían entregado herramientas para el autocuidado como PVVIH.

Las respuestas relativas a la confidencialidad y privacidad del lugar en el que se hizo la consejería son contrapuestas en hombres y mujeres: algunos/as señalan que la hubo, otros/as no. Asimismo, hay evaluaciones buenas y malas entre hombres y mujeres VIH+ en las entrevistas en profundidad.

V. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACION DE LA CONSEJERIA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL DE REGIÓN METROPOLITANA²⁵

1. LA MIRADA DE LOS CONSULTANTES/AS SOBRE LA CONSEJERÍA Y SU SATISFACCIÓN

La mirada de los/as consultantes busca dar cuenta de su experiencia de acceso y utilización de los servicios de consejería entregada por instituciones de la sociedad civil. Las descripciones de los/as consultantes entrevistados/as se han organizado según la secuencialidad de la experiencia, es decir, el acceso, la sesión de consejería, la caracterización y contenidos de la sesión, y su evaluación.

ACCESO A LA CONSEJERÍA

Los consultantes de los distintos servicios de consejería manifiestan diversos modos de acceso a éstas. Predominan los medios de comunicación y la folletería, entre otras formas de propaganda —como Internet y la guía telefónica—, como principales vías de comunicación entre los potenciales consultantes y los servicios de consejería de las organizaciones de la sociedad civil. Estas formas de acceso guardan una relación estrecha con los distintos circuitos de interés que poseen los consultantes, y también se asocian a la especificidad de cada una de las distintas organizaciones.

Por otra parte, muchas veces el acceso del consultante a la sesión de consejería se produce gracias a un contacto previo entre éste y algún miembro de la institución (consejero, directivo), lo cual no ocurre necesariamente dentro del espacio físico de la organización. En este sentido,

en muchos casos la forma de establecer un contacto se realiza de manera personal y por medio de "amistades" que ya han tenido experiencias como consultantes y que han recomendado el servicio a otras personas. Además, en otras ocasiones, los consultantes son "derivados" a los servicios de consejería por médicos que conocen el trabajo de las organizaciones, y esto se realiza desde hospitales públicos o consultas privadas.

En cuanto a los procedimientos de acceso a la entrevista de consejería (una vez dentro del espacio físico de la institución), los consultantes, por lo general, expresan no haber tenido mayores dificultades ni demoras excesivas. Al ser preguntados sobre las condiciones de la espera, en muchos casos se establece que el acceso a la consejería ocurrió de manera inmediata una vez dentro de la institución, fundamentalmente gracias a un contacto previo entre el consultante y un consejero.

No obstante, también existe una crítica de los consultantes hacia los espacios de espera que se consideran reducidos y que, de esta forma, comprometerían la confidencialidad de quienes llegan al servicio por primera vez. Desde esta perspectiva, una de las principales preocupaciones de los consultantes radica en establecer un espacio de confianza que se visualice desde los aspectos físicos de las instituciones de la sociedad civil, así como también aminorar, mediante esta primera relación, la carga de angustia y miedo con la que muchas veces llegan al servicio.

²⁵ Las organizaciones consideradas en este estudio fueron: el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS), la Corporación Chilena de Prevención del SIDA, la Fundación CIPRESS (Centro de Investigación y Promoción de la Salud y la Sexualidad), la Red OSS (Red de Orientación en Salud Social) y la Fundación Grupo Lazos.

Con respecto a si hubo una consulta previa en que pudiesen decidir si ingresaban o no a la sesión de consejería, por lo general los consultantes manifiestan no haber tenido esa posibilidad²⁶. La misma situación se registra en el caso de una elección del o la consejera para la entrevista pre o post test. En este sentido se debe recalcar que muchos consultantes ya han tenido un contacto previo (vía telefónica) en donde se les ha explicado en qué consiste una sesión de consejería, por lo que una vez que están en la institución no hacen tales preguntas.

LA SESIÓN DE CONSEJERÍA

En cuanto a la sesión propiamente tal, la mirada de los consultantes enfatiza distintos aspectos que a su juicio fueron sobresalientes. Primeramente, se valora la entrega de información en torno al VIH y al uso correcto del preservativo, como también el "apoyo psicológico" y la acogida brindada por los consejeros. Así también uno de los puntos importantes que visualizan los consultantes radica en la indagación, por parte de los consejeros, en los conocimientos o desconocimientos en torno a las vías de transmisión del VIH/SIDA con los que el consultante llega a la sesión. De esta manera, se considera la primera entrevista como "muy" necesaria en la medida en que a esta sesión, por lo general, los consultantes llegan en un estado de "desprotección".

Otro aspecto evaluado positivamente por los consultantes es la duración de la entrevista. En su totalidad, los consultantes manifestaron que el tiempo de duración fue adecuado *"para llorar, desahogarme, para tener rabia"*, lo cual permite establecer que la disposición de los consultantes para la primera sesión se concibe desde la incertidumbre que necesita de una escucha, ya se dé en los términos de acogida afectiva y/o en la en-

trega de información. En cuanto a esta última, existe también una preocupación no solamente vinculada a los aspectos médicos del VIH y las ETS (preocupación que se refuerza cuando los consultantes dicen haber tenido informaciones "vagas" o inadecuadas sobre el uso del preservativo y las ETS antes de la sesión), sino también en *"conocer la institución"* en la cual los consultantes se realizan el test de ELISA.

Teniendo en cuenta las consideraciones de los consultantes, existe un "antes" y un "después" de la primera entrevista. Esta línea divisoria haría referencia a la desinformación e "ignorancia" con que los consultantes dicen llegar a la sesión de consejería, lo cual se revertería una vez ya realizada la sesión. De esta forma, los consultantes coinciden en que la primera sesión de consejería es absolutamente necesaria.

CARACTERIZACIÓN Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN DE CONSEJERÍA

A partir de las distintas opiniones expresadas por los consultantes, existe una multiplicidad de temas o contenidos que se trataron en las sesiones. La información, como momento necesario y "aclaratorio" para los consultantes, se instala en un lugar de importancia fundamental, en tanto permite acceder a las dudas y comentarios con respecto al VIH/SIDA y las ETS. El "aprender" y el "preguntar" se sitúan entonces en una relación de importancia que conlleva tranquilidad y mayor confianza en las instituciones.

Otro de los contenidos tratados corresponde al tema de la confidencialidad. Los consultantes manifiestan que, una vez aclarado este punto, existe una mayor "tranquilidad" para expresar sus inquietudes y hacer las preguntas necesarias respecto a las conductas de riesgo y las vías de transmisión del VIH/SIDA y las ETS. En este aspecto,

²⁶ Es necesario consignar que las instituciones que realizan el test de ELISA obligatoriamente realizan, también, una consejería.

señalan que todos los servicios de consejería — en la sesión propiamente tal— aclaran que la conversación sostenida tendrá un carácter privado. Sin embargo, hay consultantes que relativizan la confidencialidad de las instituciones cuando se realiza toma de muestras, debido a la nomenclatura que las mismas instituciones utilizan para identificar a quienes se realizan el test de ELISA. De esta forma, para algunos consultantes, la confidencialidad está sólo "hasta cierto punto" asegurada.

Por otra parte, la indagatoria de los consejeros sobre las conductas de riesgo de los consultantes y, además, sobre las razones que los motivan para realizarse el test de ELISA, son otros de los contenidos tratados durante la sesión de consejería. En este sentido, es importante tener en cuenta que los contenidos no son homogéneos ni se tratan de forma separada unos con otros, sino más bien dependen de la situación específica de los consultantes y de las razones de éstos para realizarse la muestra, variando también según el grado de conocimientos que tengan en torno al VIH/SIDA, el uso del preservativo, las vías de transmisión y las ETS.

Un punto abordado por algunos consejeros, en tanto tema de conversación de la sesión, es la orientación sexual del consultante. Este tema es tratado fundamentalmente en aquellas instituciones cuya especificidad de consejería se consagra a dicho contenido, no siendo necesariamente excluyentes en el servicio que prestan.

Pero no todos los contenidos dicen relación con la entrega de información. Hay, también, una gran valoración de los consultantes hacia aquellos consejeros que son capaces de establecer una relación de cercanía y "afecto", y desde ese punto de vista, sus capacidades de escucha activa y de "ayuda" en la sesión. La "confianza" vuelve de este modo a establecerse como un factor primordial para los consultantes, en tanto les facilitaría un "desahogo".

EVALUACIÓN DE LA CONSEJERÍA

Los consultantes, en general, evalúan positivamente el servicio de consejería que se entrega en las instituciones de la sociedad civil. Es importante señalar aquí que tal evaluación se realiza desde varios puntos de vista, como lo son el "apoyo", la "acogida", la "seriedad" y la "confianza". Se enfatiza el "aporte" que ha significado la acción de la institución, tanto en el sentido anímico de los consultantes, como en aquellos aspectos que dicen relación con la información propiamente tal.

Los consultantes en muchos casos expresan un grado de compromiso o de adhesión a la institución correspondiente, y, en efecto, han recomendado el servicio de consejería a otras personas.

2. Caracterización de las condiciones de implementación del servicio de consejería y satisfacción de los consejeros

La consejería en VIH, que se implementa en la sociedad civil, se presenta como una práctica social de orden multidimensional, cuyas características se recrean y actualizan cotidianamente en la acción que despliegan consejeros/as y consultantes en el marco de las organizaciones que los acogen.

A) LAS INTENCIONALIDADES DE LA CONSEJERÍA EN VIH

Al observar las intencionalidades de esta práctica de trabajo, en la definición que realizan los propios consejeros/as podemos constatar que se encuentran en circulación distintas orientaciones culturales, otorgándoles una complejidad notoria construida en el tiempo.

En este sentido, se registra un conjunto amplio de intencionalidades o micro-objetivos para la consejería en su conjunto, como de las sesiones

de pre y post test. Una de las orientaciones busca enfatizar las experiencias de la consejería que se encuentran centradas en el individuo, sea en sus roles de consejeros o consultantes, y comprende tanto aquellas intenciones que otorgan una autonomía a los sujetos participantes, como también, los micro-objetivos que enfatizan su inclusión en estructuras jerárquicas respecto a su comportamiento y construcción de interpretaciones.

En el polo de la autonomía encontramos la atribución del papel al consejero de "abrir ventanas" a las personas, y que éstas por sí solas "se hagan cargo" de lo que les ocurre. En este discurso se expresa una resistencia a establecer imágenes únicas de las sesiones de consejería, pues el consultante/a establece los requerimientos de la situación, y más bien se busca instalar la consejería como "un espacio para conversar", estableciendo el derecho y libertad de cada individuo para concretar ese espacio.

En el extremo opuesto, el individuo se despliega en la estructuración y organización de las sesiones de consejería. En este último caso encontramos la definición de la consejería como un espacio de derivación del consultante hacia una psicoterapia de orientación psicoanalítica que pueda abordar las singularidad del sujeto consultante, y de este modo, se encuentra regulada la acción del consultante desde una visión exterior respecto a las instancias que deben ser utilizadas para su proceso personal en relación con los resultados del test de ELISA.

Por otra parte, la experiencia colectiva igualmente es relevada en las prácticas de consejería de la sociedad civil. La presentación de la consejería como una acción dentro de un centro de apoyo, donde las personas pueden conversar sobre su orientación sexual y/o sobre el VIH/SIDA, pone un acento sobre la acogida institucional a esas inquietudes individuales. Igualmente, existen organizaciones de la sociedad civil donde la consejería de prevención del VIH/SIDA prioriza

el tema de la sexualidad al conceptualizarla como una construcción social. Este marco interpretativo de una experiencia, reconocida íntima y personal, permite vincular las determinaciones de situaciones de vulnerabilidad individual con aquellas de carácter social, en particular la discriminación sexual en la sociedad chilena.

Si bien la importancia del individuo es reconocida y enfatizada en las modalidades culturales que hemos reseñado, existen indicios en el discurso de consejeros y directivos de las instituciones que permiten identificar modalidades de mayor ritualización y comunitarismo de la práctica de consejería. Nos referimos a cuando las instituciones de la sociedad civil se estructuran como parte de un movimiento político que pugna por los derechos de las minorías sexuales en el país. Las intenciones que se enuncian para la consejería entran en diálogo y delimitación en relación con la acción política.

Sin embargo, en estos casos se reconoce que la práctica de la consejería, al establecer como núcleo de la experiencia al individuo, tiene escasas posibilidades de generar consecuencias en sistemas sociales de mayor complejidad y desplegar una crítica a un orden cultural develado como homofóbico y discriminador. Un ejemplo lo encontramos en una institución que señala lo siguiente: "*la actividad de consejería no tiene mayor incidencia a nivel nacional, sino más bien influye siempre a nivel personal*". Aquí podemos apreciar la polarización simbólica entre nación e individuo, donde la transformación social y política se encuentra radicada en el primer elemento y que sitúa al individuo en la ausencia del cambio en las condiciones de existencia colectiva.

En cambio, es en la experiencia individual de la consejería que el tema del riesgo de adquirir el VIH/SIDA se constituye en un aspecto que es posible encontrar en todas las instituciones en estudio. El individuo y sus riesgos convocan, coincidentemente, la formulación de intenciones

para esta práctica de trabajo. Se busca que el individuo actué calculando sus riesgos —la importancia de medirlos, por ejemplo— y que defina su comportamiento a partir de la conciencia de la situaciones donde se expone al VIH/SIDA y de ahí el concepto de "gestión de riesgo" y vulnerabilidad en la que se puede encontrar sin saberlo. En este contexto, si bien se reconoce la existencia de elementos ficcionales o imaginarios en relación con la epidemia, y que actualmente orientan a los sujetos, son desestimados para dar fundamento a la acción individual e incluso se persigue un "acotar" su realidad, instalándose la racionalidad consciente como eje articulador de la conducta del consultante.

Al priorizar la racionalidad como eje del comportamiento orientado hacia los fines de la prevención del VIH/SIDA, estos propósitos requieren articularse con otros que permitan proporcionar al individuo un cierto control de los factores determinantes y que podrían menoscabar sus oportunidades de éxito. Los dos factores claves que se mencionan son: la entrega de información y el desarrollo de conversaciones entre consejeros/as y consultantes en las sesiones de consejería.

La información y su distribución entre los consultantes se constituyen en un mandato para el consejero sin referencias concretas de su intensidad o extensión; por el contrario son los propios consultantes y las señales que proporcionan en las sesiones las que delimitan un contorno a sus características. Por su parte, la conversación establece una forma de comunicación particular, definida por la co-presencialidad de quienes participan y cuyo rasgo característico es la posibilidad de hablar tanto para el consultante como también, para el consejero.

La información y la conversación co-presencial se encuentran ligadas necesariamente en la sesión de consejería para poder lograr una conciencia individual sobre el riesgo del VIH/SIDA y la determinación de situaciones de vulnerabilidad.

Si bien la información y conversación permiten el establecimiento de relaciones donde la autonomía de los sujetos se logra visualizar, en algunas instituciones, cuando la práctica de consejería se ubica en el polo de la jerarquía que hemos ya indicado, la información se inscribe en la imagen de la consejería como educación, y donde el individuo decide, a partir de una motivación que se le proporciona para el cuidado de sí. En este caso coincide con la visión de la consejería como un momento hacia la psicoterapia como destino del consultante a partir de su acceso a los servicios de apoyo que se le ofrecen. Educación y psicoterapia se encuentran enlazadas en esta propuesta, siendo significadas como actividades específicas, con deberes y derechos de los consultantes al interior de las organizaciones.

Como ya hemos descrito respecto al aporte de la consejería al proceso de individuación de los consultantes y que les permite establecer una práctica social constituida o que propende a situar a los individuos como autónomos, ello plantea un cuestionamiento a un significado de la palabra "consejería" en términos de la asimetría comunicativa que supondría y la transmisión de una verdad —no información— que posee el consejero al consultante. Hay organizaciones que proponen "orientación", "acompañamiento", "apoyo", entre otras categorías.

Los significados de la palabra "consejería" que intentan instalar las instituciones de la sociedad civil, surgen desde una modalidad cultural que combina la individualidad autónoma de los consultantes y la base comunitaria de esas organizaciones. Se trata de un significado alternativo a una norma que establece la lengua y el sentido común, es decir, ya legitimado por la cultura pública. Esta resistencia semántica es expresiva de formas comunitarias que buscan modelar intencionadamente la transmisión, negociación, representación e interpretación de sentidos, en este caso, de la práctica de la consejería en VIH/SIDA. El consejero en ese contexto comunitario, emplea un lenguaje que connota la representación del individuo autónomo y que respeta los lazos comunitarios, valores que posee a partir de una práctica que los expresa.

LAS INTENCIONALIDADES DE LA CONSEJERÍA PRE-TEST

A la sesión de consejería pre-test se le atribuyen un conjunto de intenciones y micro-objetivos. Estas intenciones se encuentran centradas tanto en el consultante, como también, en el consejero, lo cual le otorga una complejidad bajo la matriz dialogante que se analizó en el apartado anterior. Al analizar los micro-objetivos desde el punto de vista de los campos de aprendizaje –siguiendo la propuesta de la consejería como proceso educativo– y que se espera se actualicen en la sesión de consejería pre-test, podemos observar que se organizan en los ámbitos intelectual y afectivo.

El análisis de los micro-objetivos de la consejería pre-test constata que tienden a concretarse en el consejero como actor de la situación. El consejero se enfrenta a la necesidad de ejercitar un conjunto de aprendizajes y cuyo efecto acumulativo garantizará el éxito de una consejería de calidad. En este sentido surge como interrogante respecto al discurso de los entrevistado ¿por qué no enunciar micro-objetivos donde el consultante sea el actor principal de realización de los aprendizajes?, ¿es posible garantizar los cambios que se buscan sin lo anterior?, ¿podrían las intenciones ser formuladas con mayor precisión y aplicabilidad práctica pensando en los consultantes?

Creemos que la respuesta a estas preguntas se encuentra en el hecho de las condiciones prácticas de las sesiones de consejería, es decir, son reuniones breves –minutos y rara vez horas– donde nadie puede asegurar que el consejero se encuentre con la misma persona nuevamente y así pueda constatar el cumplimiento de estas intenciones. Las intenciones se configuran en mandatos para los consejeros/as.

En este contexto, el supuesto básico de esta forma de concebir la consejería pre-test es que el consultante/a experimentará un mismo proceso

de aprendizaje aun cuando proporcione una variabilidad cultural a la consejería. En otras palabras, estas intenciones aseguran que la consejería sea un mismo proceso en cualquier circunstancia que viva el consultante/a a partir de su cultura. El consultante/a es abstraído de sus condiciones históricas, sociales y culturales en la situación de consejería pre-test, excepto como conjunto de supuestos y saberes expertos sobre sexualidad y VIH en la cultura chilena, que poseen las instituciones de la sociedad civil previamente al encuentro con el consultante.

Por ello, la conversación no logra configurarse en un escenario de transformación cultural centrada en el consultante –si bien esta visión la encontramos cuando se habla de la consejería en términos globales– sino es una forma de intercambio comunicativo enmarcado en la sesión de pre-test a través de un pacto temático, de orden de la situación, locutores participantes e intenciones de los sujetos.

Si bien se buscan cambios en los/as consultantes, el ejercicio de aprendizajes es puesto en manos del consejero/a. Si examinamos las habilidades intelectuales propuestas que debe ejercitar un consejero en la sesión con miras al consultante/a, encontramos que comprenden aquellas de mayor complejidad como es discriminar, trabajar conceptualmente, lograr el aprendizaje de reglas y la solución de problemas.

Este conjunto de intenciones –en su enunciado como hemos indicado radicadas en el consejero– plantea al consultante la exigencia de incorporarse a la situación de aprendizaje en las condiciones de tiempo, espacio, y demás circunstancias de la sesión. En este apartado, nos debemos adelantar a otro capítulo de este informe, que refiere a las formas de evaluación que realiza el consejero. En este caso corresponde a una evaluación en el momento de ocurrencia de la sesión, desplegando sus habilidades para conocer las condiciones en que se encuentra el consultante y la pertinencia que tienen estas intenciones.

Es interesante notar que las intenciones respecto a los conceptos y discriminaciones muestran una devaluación de la cultura del consultante/a en

cuanto que potencialmente es poseedor de creencias erróneas y esquemas interpretativos no completamente adecuados para enfrentar la prevención del VIH. En esta perspectiva queda la duda respecto a la orientación correcta del consultante: ¿cuáles son elementos positivos de la cultura del consultante que se recogen en las intenciones de la consejería?

LAS INTENCIONALIDADES DE LA CONSEJERÍA POST TEST RESULTADO NEGATIVO

Cuando el resultado del test de ELISA es negativo, la sesión se encuentra especificada por intenciones que vinculan los micro-objetivos de la sesión pre-test y aquellas intencionalidades atribuidas a la globalidad del proceso.

Además de una menor enunciación de micro-objetivos, en comparación con la sesión de pre-test, no encontramos que tienden a privilegiarse intenciones que suponen habilidades intelectuales del consejero/a y el consultante/a, en particular de orden conceptual. Se busca que el consultante incorpore una forma de interpretar el contenido de los resultados del test y excluya otros que aludan a un menor riesgo de adquirir el VIH o que impliquen el cambio de conducta hacia su prevención. Adicionalmente, se estimula la persistencia y/o reforzamiento de acciones como es el uso correcto del preservativo.

LAS INTENCIONALIDADES DE LA CONSEJERÍA POST TEST RESULTADO POSITIVO

Las intencionalidades de la consejería post test con resultado positivo se articulan en torno al acto de la notificación, entendiendo que desencadena reacciones en los consultantes que requieren por parte del consejero concentrarse en un plano específico. Así, estas intenciones corresponderían a

los aprendizajes de actitudes que influyen en la elección de las acciones personales y los estados psicológicos del destinatario. Los micro-objetivos son complementados con escasas intenciones que aluden a información, estrategias cognoscitivas y habilidades intelectuales si los comparamos con la consejería pre-test y su diseño global.

LOS CAMPOS DE APRENDIZAJE DE LAS CONSEJERÍA PRE Y POST TEST DE ELISA

Al observar el conjunto de las sesiones de consejería y las intenciones atribuidas por los entrevistados, podemos constatar, por una parte, que el proceso se encuentra radicado en términos de una intención de cambio a través de los mandatos que plantean una hipotética influencia en el consultante/a, por otra parte, en la consejería pre-test los consejeros despliegan la mayor cantidad y tipos de campos de aprendizaje destinados al/a consultante, siendo de una mayor exigencia el manejo de una variedad de habilidades y competencias que lo que sucede en el proceso posterior de las consejería post-test con resultados negativo y positivo.

En común encontramos la preocupación por las habilidades intelectuales, la transmisión de información verbal sobre el VIH/SIDA y finalmente, las actitudes y su relación con el comportamiento con el consultante/a.

La sesión de menor nivel de complejidad se encuentra en la consejería post-test de resultado negativo, al concentrarse en ciertos planos, especialmente radicados en conceptos y principios para la interpretación del resultado negativo, información sobre el VIH/SIDA y su prevención, como asimismo, en las actitudes que influyen en las acciones de prevención. En esta forma de configurar las intenciones y micro-objetivos de las sesiones de consejería, al ser puesta en relación con las modalidades culturales presentes en las

organizaciones de la sociedad civil, encontramos que se tienden a concentrar en el polo del individuo en sus relaciones de mayor jerarquía.

Si bien se reconoce la autonomía de los individuos, tiende a perfilarse el papel protagónico en los consejeros/as y generar un consultante modelizado y abstraído de sus condiciones de vida desde el punto de vista cultural, psicosocial y existencial. Esta orientación se corresponde con el despliegue de los campos de aprendizaje en las sesiones que inhiben las formas grupales de inclusión de los sujetos, y que otorgan las oportunidades de representación de colectivo en la práctica de la consejería. Se abstrae la cultura del consultante/a, que obligaría a un acompañamiento más allá de las sesiones o a establecer un vínculo de proximidad con las organizaciones con prescindencia de los resultados del test de ELISA. Por el momento, quienes logran, desde el campo de las intenciones de la consejería, experimentar un propósito de mayor inclusividad son aquellas personas que reciben un resultado positivo al ser invitadas activamente a participar en nuevas redes sociales.

B) LOS ACTORES DE LA CONSEJERÍA

Los actores de la consejería reconocidos espontáneamente por los entrevistados se refieren a los consejeros/as y los/as consultantes. El conjunto de enunciados que aluden a los consejeros/as se registran una serie de elementos positivos que formarían parte del consejero/a de las instituciones de la sociedad civil. Estos atributos configuran un rol ideal, único (*"no todo el mundo puede ser consejero"*) y especificado en tres ámbitos principales, a saber, en poseer herramientas y técnicas; desplegar ciertas actitudes y finalmente, rasgos de personalidad requeridos con prescindencia de una identidad de género, sexual y generacional del consejero/a.

Estas características se sitúan con claridad en la descripción de la visión global de la consejería y en la sesión pre-test. Sin embargo, cuando se enfrentan a la comunicación de un resultado positivo y por tanto, en la consejería post-test, se desestabilizan los rasgos esperados. Así, se reporta la existencia de consejeros motivados por la caridad o "la mística", la vivencia del desgaste emocional y el reconocimiento de carencias ante esa situación.

Respecto a los consultantes, en general, se trata de un consultante/a reconocido por su heterogeneidad expresada en una variabilidad socioeconómica, género, identidad sexual, edad, estado civil, educación y situación afectiva y/o familiar. Esta constelación de característica les impide construir una imagen única –en términos descriptivos– del consultante/a potencial de los servicios de consejería. El único caso de exclusión se encuentra en el examen del VIH a menores de edad, que se sitúan en la excepcionalidad.

No obstante, al relatar el comportamiento del consultante/a en las sesiones de pre y post test de ELISA las características que dan cuenta de su variabilidad inicial, se reducen a la identidad sexual y de género, y en menor medida, al grupo socioeconómico.

En las sesiones de pre-test se señala respecto a los/as consultantes encontrarse en estados ansiosos, creencias inadecuadas sobre el VIH/SIDA y la interpretación de la experiencia de consejería como excepcional:

- Estados psicológicos de somatización en el período de espera del resultado, estrés, tensión, temor en la primera sesión, obsesión con sus preocupaciones, culpabilización del consejero/a por el estado que vivencian. En el caso de los hombres heterosexuales, se registra la resistencia a la presencia de homosexuales en

las instituciones de la sociedad civil, o a cuestionarse su identidad sexual a partir de experiencias sexuales con otros hombres.

- Se constata -en algunas instituciones- la presencia de creencias erróneas en los/as consultantes en relación con las vías de transmisión del VIH/SIDA o dudas sobre las conductas de riesgo. Un ejemplo se encuentra en las mujeres consultantes que muchas veces creen llevar a cabo prácticas preventivas que no son tales o la asociación de portar un preservativo con la infidelidad en la pareja.
- En algunas instituciones se señala que la mayoría de las personas acuden a hacerse el examen y que la consejería es una instancia no esperada e incluso motivo de resistencia por el significado de la palabra consejero en cuanto a dar consejos no buscados. En esta misma orientación se detecta que este servicio es una experiencia excepcional de conversación y que se valora positivamente.

En una institución de la sociedad civil se señaló una mirada de transformación de las reacciones y condiciones en las cuales los consultantes acceden al servicio. Así, se afirma que existiría un cambio en cuanto a que se posee más información y menores prejuicios en torno a VIH/SIDA, mejor disponibilidad de hablar de "sexo oral" que en períodos anteriores.

Si bien se reconoce que no todos los consultantes se pueden adscribir a estas condiciones, se trata de descripciones que se encuentran originadas en la experiencia cotidiana y que reportaron espontáneamente.

Ante la sesión de consejería post-test resultado negativo se constata que los consultantes pueden generar distintas vías de interpretación y reacción ante este tipo de resultado:

- Una línea interpretativa apunta a restar importancia de la prevención del VIH/SIDA, pues, ese resultado los situaría fuera del riesgo de adquirir el virus, dando incluso pie a la práctica de esas conductas ("*tener chipe libre*").
- Otros se centran en la reacción de alivio de la tensión previa a recibir la información, incluyendo el llanto de felicidad.
- Algunos consultantes se resisten ante la entrega de un resultado negativo, pues ya tenían incorporada la adquisición del VIH. Esta reacción se liga al sentimiento de culpa y de atribución de castigo merecido o la sospecha de la veracidad del test.
- Hay consultantes que no concurren a las instituciones a buscar los resultados del test.

En una institución se señala, al igual que en la consejería pre-test, la presencia de estados ansiosos en los consultantes, siendo más agudos en los hombres heterosexuales en comparación con las mujeres por el cuestionamiento a su identidad al entender que el VIH corresponde a un problema de hombres homosexuales. En este contexto, se considera a los hombres homosexuales como "*más preparados para recibir un resultado*".

Los entrevistados al referirse a los consultantes en la situación de una consejería post-test con resultado positivo organizan su relato en los momentos previos al resultado, que se caracterizan por la misma ansiedad de la consejería post-test con resultado negativo, la espera de hablar con la misma persona que realizó la sesión de pre-test y con la constatación de su variación según el género y orientación sexual del consultante/a, es decir, los hombres heterosexuales se encuentran más ansiosos que las mujeres y que los hombres gay.

Una vez recibido el resultado positivo, la experiencia de los consejeros/as indica que se provocan diferentes reacciones en el momento, tales como una "posible naturalidad", crisis, silencio, agresión al consejero/a al atribuirle la culpa del resultado y reacción dolorosa, siendo particularmente notoria –"terrible"– en las personas heterosexuales al creer en la "ecuación VIH: muerte". Los hombres homosexuales también tienen reacciones de crisis pero se constata un cambio respecto a años anteriores, donde es más "vivable" la situación y *"no se ponen a llorar como antes"*.

En otros casos, las reacciones de los consultantes son posteriores a la sesión, expresándose en crisis lejos de la institución, demora en hacerse la segunda muestra, no hacerse la segunda muestra –*"la mayoría de los consultantes con resultado reactivo no vuelve a efectuarse la segunda muestra"*– o no volver a buscar los resultados.

En una institución se señala que, a partir de un resultado positivo, se amplían los/as consultantes de los servicios de consejería al incorporar ellos/as a sus parejas o familiares.

C) LA RELACIÓN O MEDIACIÓN EN LA CONSEJERÍA

Es posible observar dos aproximaciones básicas para definir las relaciones entre consejeros/as y consultantes:

- Una posición tiende a perfilar la relación en la sesión de consejería entre roles predefinidos orientados por normas explícitas que delimitan el comportamiento del consejero/a y principios éticos, que en algunos casos se verbaliza como de orden profesional e incluso con una representación del/ a consultante de la consejería como "paciente".
- Se observa una orientación que enfatiza la "paridad" entre consejero/a y

consultante postulando la "complicidad" como valor regulador de la relación en adición a principios éticos como la confidencialidad y la pertenencia compartida a los "grupos vulnerables".

En ambas perspectivas, existen elementos compartidos que singularizan la relación entre consejero/a y consultante, como es la escucha atenta, guardar silencio ante la reflexión del/a consultante, contener las múltiples reacciones del consultante, poner en juego la confianza mutua y la intervención activa frente a la información errada sobre la epidemia del VIH/SIDA.

Esta refiguración de la relación o mediación en la consejería constituye la descripción central para el proceso completo de las sesiones pre y post-test, siendo especificada al ser puesta en el contexto de una práctica de trabajo en la consejería pre-test, especialmente al señalar por ejemplo, que el silencio a veces es "dañino" y que es necesario emplear "detonaciones" que provoquen procesos reflexivos, y observar el "lenguaje gestual" como soporte para las decisiones de intervención y no sólo las verbalizaciones.

La generación de vínculos afectivos y de confianza es señalada como construcción esperable en la sesión, reconociéndose elementos que proyectan los consejeros, como es sentir que hacen algo por ellos mismos cuando se atiende a los consultantes.

Una de las instituciones reportó las dificultades para generar condiciones de reflexión del consultante/a en la sesión post-test negativo, si bien se procura reforzar la prevención del VIH/SIDA, aludiendo a que al resultado negativo se le resta importancia por parte de la mayoría de los consultantes (*"la mayoría la toma como un trámite"*).

Por su parte, en la consejería post-test con resultado positivo, la relación entre los actores de la

consejería conserva los elementos ya indicados en su visión global. No obstante, se enfatiza la importancia de posibilitar la expresión de la emocionalidad ante la información que se entrega, el tiempo para la reflexión del consultante, la escucha y aclaración de información verbal y las particularidades beneficiosas de encontrarse en situación de paridad el consejero/a y el/a consultante.

D) ACCIONES EN LAS SESIONES DE CONSEJERÍA

En las entrevistas a los consejeros/as no hubo referencias expresas a las etapas de preparación para las sesiones de consejería, es decir, se tiende a secuenciar las acciones de las sesiones a partir de su realización y finalización. En este proceso, de un modo coincidente se señala que es importante que el consejero/a de pre test sea el mismo de post-test, y cuyas acciones tienden a situar al consultante/a con la posibilidad de hablar y emocionarse en sus propios términos. Como ya indicamos en la sección sobre las intencionalidades de la consejería y las formas de mediación entre los participantes, las acciones se conciben como flexibles en relación las necesidades y situación de vulnerabilidad que vive el/a consultante.

En general, la evaluación de las consejerías está centrada en procedimientos informales de detección de reacciones inmediatas como forma de retroalimentación de esta práctica de trabajo. En este marco, en una institución se señaló que "es raro" que los consultantes evalúen mal la consejería que tuvieron, pues llegan "con un grado de ansiedad muy alto". No existen evaluaciones formales, desde un punto de vista técnico, de las sesiones de consejería.

En una institución está establecido un mes "obligatorio" de descanso para los consejeros, debido a la recarga de trabajo y a las tensiones a las que se someten.

Se registran algunas prescripciones específicas en las instituciones de la sociedad civil que aluden a la intervención del consejero/a en la subjetividad e intimidad del/a consultante, como es realizar obligatoriamente la indagación en la orientación sexual.

Al desarrollarse una sesión de pre-test los consejeros/as realizan acciones de acogida inicial que buscan propiciar un clima de la sesión apto para abordar los contenidos y efectuar acciones indagatorias sobre tópicos de interés que puedan perfilar la sesión. Entre las materias de indagación se mencionan las razones del/a consultante para realizarse el test, situaciones de riesgo de los consultantes y elección de los servicios institucionales frente a otras alternativas.

Por otra parte, existen contenidos que se transmiten a los/as consultantes, constituyendo una acción esperada de la sesión: establecer que el examen del SIDA no es un examen preventivo, información sobre la situación de riesgo, el uso correcto del condón, la confidencialidad de la sesión, el examen corresponde a una toma de muestra de sangre que puede realizarse sin orden médica.

Ante un resultado negativo se realizan acciones tendientes a transmitir información sobre los resultados del test y se reafirman las condiciones de confidencialidad. Según se reportó en una institución, se ofrece la posibilidad de abrir el sobre sellado con el resultado en la misma sesión si así lo estima conveniente, se conversa sobre las dos semanas que han transcurrido desde la realización del test como una estrategia de incorporación del consultante a la sesión ("*para romper el hielo*") y el consejero/a establece -en una conversación- el concepto de que un resultado negativo no significa para nada ser invulnerable al VIH.

Al igual como se describió en la sesión con resultado negativo, en la consejería post-test positivo se realizan acciones de acogida, contención de la ansiedad y se transmite información sobre los sig-

nificados de los resultados. La variación se produce al conocer un resultado positivo en la propia sesión de consejería, donde se desarrolla un despliegue de acciones tendientes a provocar una situación de expresión, libertad para el consultante y apoyo emocional. Adicionalmente, se indaga en el apoyo familiar y de amigos que tiene el consultante/a. En otras oportunidades se constata que los consultantes optan por no abrir el sobre sellado de los resultados y hacerlo posteriormente. Este hecho que se reportó que causa intranquilidad en algunos consejeros al no poder apoyarlos si lo requieren.

Se explica al/a consultante que requiere aún una segunda muestra y la confirmación del Instituto de Salud Pública. Una vez confirmado este resultado, al consultante se le ofrece acompañarlo en otras sesiones, participar en los grupos de la propia organización, derivarlo hacia los hospitales públicos o hacia la organización VIVO Positivo. Cabe señalar que no se ahondó en la realización de la Prueba de Identidad.

En una institución se establecen redes de apoyo médico para quienes enfrentan un resultado reactivo y se le deriva a un psicólogo que decide un plan de terapia pertinente.

MEDIDAS DE CONFIDENCIALIDAD

Los entrevistados coincidentemente plantean que las medidas de confidencialidad respecto a la información personal de los/as consultantes es rigurosamente resguardada por las instituciones de la sociedad civil. No se reportaron casos o situaciones problemáticas acerca de la confidencialidad de los datos personales y estado serológico de los/as consultantes.

En algunos casos se señala que existen normas expresas de regulación y castigo para quienes, eventualmente, puedan transgredir estas medi-

das. En este contexto, respecto al conocimiento del consejero/a del resultado del test previamente a la sesión, existen diversas formas de manejo. En algunas organizaciones se enteran al mismo tiempo consejero y consultante, siendo coincidente el consejero pre y post test, y en otras organizaciones, el consejero sabe previamente cuando se trata de un resultado reactivo, con el propósito de poder perfilar el miembro del equipo de consejería que se encuentra en mejor disposición para abordar la sesión.

E) TÉCNICAS O MATERIALES DE APOYO A LA CONSEJERÍA

Las acciones propias de la consejería, como también las formas de mediación que se realizan, cuentan en algunos casos con técnicas o materiales de apoyo. Se reporta el uso de preservativos masculinos y femeninos con fecha de vencimiento para fines educativos según corresponda a consultantes hombres o mujeres, un *dildo* para las demostraciones del uso correcto del preservativo y en algunos casos lubricantes. Adicionalmente, se señala como un recurso el sitio institucional en internet y servicios telefónicos de ayuda.

En dos instituciones no se informa del uso de técnicas o materiales de apoyo para las sesiones de consejería.

F) CONTEXTOS TEMPORALES Y ESPACIAL DE LA CONSEJERÍA

Los contextos temporales y espaciales de la consejería en las instituciones de la sociedad civil tienen diversas características. En algunos casos el espacio no se considera suficientemente adecuado, si bien se destina un espacio específico, y en otras organizaciones el espacio es evaluado satisfactoriamente.

Respecto al tiempo de la consejería, este se define en dependencia de las necesidades los consultantes, aun cuando con un encuadre que para algunas instituciones va desde un límite inferior de 15 a 20 minutos para la consejería post-test negativo, hasta una hora o más en el caso de la sesión post-test positivo o varias sesiones. Todo lo anterior, dependiendo de las circunstancias que plantee el/a consultante.

En el caso de la consejería con resultado positivo, y especialmente en la realización de la segunda muestra, algunos/as consultantes atribuyen falta de credibilidad, pues no corresponde a las instalaciones hospitalarias que se esperarían para un abordaje clínico de la situación de la persona consultante.

3. Los contextos de sustentabilidad de la consejería y calidad del funcionamiento en redes

Los contextos de la consejería que posibilitan su sustentabilidad institucional, psicosocial, cultural y económica son reconocidos espontáneamente por los entrevistados y en general, corresponden a un visión crítica tanto de las propias redes de la sociedad civil, como asimismo, de la institucionalidad pública.

LA VISIÓN DEL ESTADO CHILENO Y LA CONSEJERÍA DESDE LA SOCIEDAD CIVIL

La visión que poseen las organizaciones de la sociedad civil del Estado chileno se organiza desde una posición crítica y demandante.

En términos globales se observa la ineficacia de la acción del Estado chileno en lograr un papel activo y comprometido en la lucha contra la epidemia y de cumplir su responsabilidad en la prevención del VIH/SIDA. Un elemento sintomático es que no se observan aplicaciones de la Ley de SIDA por parte del Estado.

Al Estado chileno se le atribuye escasa valoración de la actividad que realizan los consejeros en VIH en el país. En este marco, se mencionan: quiebres en relaciones entre CONASIDA y ONGs; interrupción por problemas de financiamiento; faltas de reconocimiento al trabajo y publicaciones de la sociedad civil; privilegio a los aspectos técnicos por sobre la práctica del trabajo "cara a cara" de la consejería; y finalmente, la devaluación que realizan funcionarios de la servicios públicos de salud del trabajo de las ONGs.

Específicamente, la acción pública es considerada negativamente tanto cuando se organizan campañas públicas, como también, en la consejería en VIH. Las compañías públicas de prevención se significan como una recarga del trabajo para las organizaciones de la sociedad civil al aumentar el número de consultantes, y por otra parte, son criticadas en cuanto a la pertinencia de su contenido principal. La actual campaña del Estado es considerada "absurda", pues "en ningún momento te dice lo que tienes que hacer y cómo"). Esto se señala aun cuando, en este caso, hubo participación de representantes de organizaciones en todo el proceso de diseño, implementación y evaluación de la campaña.

Por su parte, las consejerías en VIH que implementan los servicios públicos son criticadas en términos de su enfoque normativo y exclusivamente médico; la ausencia de tiempo que atenta contra la consideración de programas de prevención; la superficialidad del trabajo en la vulnerabilidad y las percepciones de riesgo de los consultantes; la falta de acogida y el privilegio de la información por sobre "el factor social"; la discriminación homofóbica según los testimonios de los consultantes y las transgresiones éticas de algunos médicos que atienden personas viviendo con VIH. Sólo en una institución de la sociedad civil se reconoció que la consejería en los servicios públicos de salud tiende a "ser más integral" actualmente.

Si bien el Estado mantiene estas relaciones y valoración negativa de las instituciones de la sociedad civil, se constata una paradoja al requerir del trabajo en prevención que éstas desarrollan. Sus servicios tendrían como efecto *"aliviar la carga del Estado"* en su responsabilidad y liberarse así de ese rol que debe cumplir (*"se han lavado las manos"*). Un ejemplo, según reporta una institución, es que muchas veces los servicios públicos derivan a las personas en situación vulnerable hacia las organizaciones sociales.

Teniendo presente el conjunto de rasgos indicados, cuando los entrevistados se refieren al programa de prevención del VIH/SIDA del Ministerio de Salud señalan carecer de información suficiente sobre los recursos que destina el Estado al trabajo en VIH/SIDA, tener escasos contactos a partir de proyectos de trabajo, y por otra parte, se cuestiona su enfoque al calificarlo limitado a una perspectiva bio-médica que no abarca los aspectos psicosociales.

Aun cuando se constatan estas percepciones en las instituciones de la sociedad civil, se indica que existen elementos positivos como es superar la carga de trabajo para realizar las consejerías y la preocupación de la campaña pública de prevención del VIH a pesar que conceptualmente no es "ideal".

Otra iniciativa promocionada desde el Estado como es la red de consejeros, igualmente es cuestionada por los entrevistados tanto al atribuirle fines particulares por cuanto se encuentra circunscrita a la consejería pre y post test, excluyendo otras expresiones de consejería, como asimismo, al señalar la ausencia de conocimiento de su existencia o carecer de un funcionamiento adecuado.

Finalmente, respecto al Fondo Global para la lucha contra el SIDA, TBC y Malaria, se aborda de un modo crítico en cuanto a la consejería y la toma de decisiones sobre la realización de este estudio. En otros casos las organizaciones no se pronunciaron sobre el Fondo.

LA VISIÓN DE LAS ONGS POR LAS PROPIAS INSTITUCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

La visión que construyen las instituciones de la sociedad civil respecto de si mismas en cuanto un contexto inmediato de sus prácticas, posee elementos ambivalentes:

- Una perspectiva caracteriza las relaciones de las ONGs con sus consultante/as de una forma positiva al ser comparada con los servicios públicos de salud. Esta valoración positiva se explica por que las ONGs guardan relaciones diferentes a la jerarquía entre médico y paciente propia de los servicios de salud. Es un trato diferente —"otro trato"— que facilita las intervenciones de las ONGs, que crecientemente se optimiza y profesionaliza. Los/as consultantes posibilitan las relaciones entre las ONGs a través de la derivación, que es un signo de las relaciones informales de colaboración ("cariños y afectos") más que de acuerdos formales de apoyo mutuo.

Es posible reconocer un grupo de ONGs que se reconocen tributarias del aporte de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (CChPS), en cambio otras, atribuyen ese origen a un grupo particular. Ese grupo serían "las mismas personas que viven con el virus". En ambos casos se reconoce el aporte de las instituciones de la sociedad civil a la prevención del VIH y que el Estado chileno no podría prescindir de su aporte.

- Otra orientación es de orden crítico, principalmente al devaluar la calidad de las relaciones entre organizaciones. En esta visión se indica que estas instituciones guardarían relaciones de "pugnas de poder", desconfianza, transgresiones a la confidencialidad de los consultantes, sin unificación de criterios, con ideas erróneas sobre la prevención del VIH, con "situaciones aberrantes" y con "malas relaciones".

Ante estas perspectivas de interpretación, las características internas de las propias organizaciones se tienden a definir positivamente. Así, se reconocen procesos de formación en consejería desde sus orígenes y con modos de trabajo que se han construido en el tiempo, logrando construir un perfil propio cada institución. Un ejemplo se encuentra en instituciones que pueden señalar que son las únicas que realizan un tipo de consejería "entre pares" y en otros casos, que pueden visualizar el predominio de un enfoque cognitivo-conductual en las prácticas de trabajo.

LOS CONTEXTOS DE REDES SOCIALES, CULTURALES, PSICOSOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA CONSEJERÍA EN VIH

La visualización de otros contextos que influyen o se relacionan con la práctica de trabajo de la consejería comprenden los ámbitos de las redes sociales, contextos culturales y psicosociales de la consejería, como asimismo, hay algunas alusiones al entorno económico que la rodea.

Respecto a las redes sociales, se visualizan escasos elementos al ser comparadas con los otros entornos, en particular se refieren las redes de apoyo en hospitales y la sociabilidad homosexual que actúa de un modo protector.

En cambio, cuando se refieren los entrevistados a los contextos cultural y psicosocial en el país, elaboran los siguientes elementos negativos

- La existencia de prejuicios hacia el VIH/SIDA
- La existencia de un tabú sobre el tema del VIH/SIDA
- El uso social de un lenguaje discriminatorio sobre la epidemia
- La persistencia de la asociación entre VIH, homosexualidad y prostitución
- La confusión sobre las vías de transmisión que se encuentran en el espacio social, los medios de comunicación y en internet
- La reducción de la sexualidad a la genitalidad como un obstáculo para la prevención del VIH/SIDA

- La ausencia de reflexión social profunda sobre la homosexualidad y la sobre-exposición de la homosexualidad.

La acción de prevención que desarrollan las organizaciones de la sociedad civil se enfrenta a barreras culturales y psicosociales que obstaculizan la promoción de medidas concretas de autocuidado. En este sentido, hubo diversas referencias a la resistencia al uso del preservativo de muchos hombres, reconociéndose diversos factores que lo explican:

- En muchos casos existe un deseo sexual compulsivo que los impulsa a incurrir en situaciones de vulnerabilidad y que en el caso de hombres gay se busca el riesgo.
- Hay creencias en hombres heterosexuales de que usar el preservativo cuestiona los mandatos de la masculinidad como considerarse "poco hombres" por la incorporación de esta práctica.
- La saturación de información en torno al VIH/SIDA y las ETS. Estas características y desde una perspectiva crítica, en una de las instituciones de la sociedad civil se señala que *"el condón normaliza las relaciones entre las personas"*.

Específicamente, la relación entre los contextos cultural, psicosocial y la consejería en VIH se constata en la escasa valoración social de la consejería en VIH y en las pugnas de poder y dinero que impiden un progreso claro del tema en el país. Ante estos contextos se observa que las organizaciones homosexuales tienen un discurso repetitivo y que no logra dar cuenta de los cambios y continuidades culturales de la sociedad chilena. Por otra parte, en el entorno social existe la necesidad de encontrar víctimas y *"no personas que vivan bien"* cuando se busca desarrollar una actividad de voluntariado en este campo.

Los entrevistados mencionaron algunos elementos del contexto económico de la consejería problematizando la gratuidad de este servicio y

la interpretación que lo subvalora por este hecho. Por otra parte, esta práctica de las instituciones de la sociedad civil se enfrenta a la permanente y actual escasez de recursos y en el futuro inmediato se visualiza que en los servicios públicos no existirán recursos para una profesionalización de la consejería.

Ante los espacios de "encuentro sexual anónimo" entre homosexuales, como entorno que debe ser considerado en la consejería de VIH, se observa que paulatinamente se han ido reglamentando en virtud de las exigencias de un mercado, tal es el caso de discotecas y saunas.

4. Carencias, expectativas y demandas de los consejeros/as en VIH

Se abordará aquí la formulación de las carencias, expectativas y demandas enunciadas en las distintas entrevistas. Los conceptos señalados han sido definidos de la siguiente manera:

- Las carencias hacen referencia a aquellos elementos que son significados como ausentes o insuficientes por los consejeros/as, encargados de consejería y directivos.
- Las expectativas suponen las creencias, emociones y anhelos sobre los acontecimientos futuros, a partir de carencias o situaciones y problemas presentes y/o pasados, con prescindencia de un actor que pueda llevar a cabo su concreción.
- Las demandas corresponden a peticiones dirigidas a un actor determinado al que se atribuye la capacidad de representar o proponer una solución ante necesidades o requerimientos.

Esta delimitación, sin embargo, no es posible de concebir según un criterio de estricta separación entre las carencias, expectativas y demandas. Muchas de las carencias aquí expresadas se enun-

cian gracias a la articulación de expectativas, las cuales, a su vez, pueden obedecer y estar estrechamente imbricadas a la formulación de una demanda.

CARENCIAS

Los entrevistados identifican un conjunto de carencias relativas a la práctica de la consejería, principalmente en el plano de los contenidos en su sentido amplio, no reductible a información, y en lo que refiere a las condiciones para la realización de las sesiones de consejería.

En cuanto a los contenidos se plantea el poco acceso a la información más actualizada en VIH/SIDA, y donde hay campos temáticos que se consideran insuficientemente tratados en la práctica de trabajo, esto es, el área de salud mental, la "dimensión humana", los medicamentos para el VIH/SIDA, los temas de género, homosexualidades y experiencias de trabajo de innovación en estas áreas.

Las condiciones de tiempo y espacio se configuran en barreras para una práctica de calidad. El tiempo se expresa en la urgencia de las tareas que impiden la posibilidad de reflexión y análisis de las actividades que ocurren a nivel nacional en relación con la epidemia, como también, el trabajo propio de la consejería en prevención. En adición a las insuficiencias de tiempo encontramos el espacio de las instituciones como un elemento negativo para el trabajo. En este sentido, la carencia en la infraestructura puede comprender ítems básicos como el agua, la luz y el teléfono que atentan contra la tranquilidad de consejeros/as y consultantes.

En su propio trabajo de consejería se observan carencias en cuanto a recursos humanos suficientes, acreditación de la capacidad profesional de los consejeros, materiales de apoyo, como son los preservativos para las demostraciones de uso correcto y limitaciones para aprender de su propia prác-

tica. En este último aspecto, se señala tanto la falta de sistematización cuantitativa de los datos con lo que cuentan algunas instituciones, como también, la ausencia de una capacidad de "autocrítica sana" respecto de la forma de implementar la consejería.

Se detectan carencias no sólo hacia el interior de las organizaciones, sino también en la derivación de consultantes hacia los servicios públicos. Limitación que debe ser puesta en relación con los resultados en la sección sobre los contextos de la consejería, donde se expone la visión negativa que existe entre las ONGs del Estado.

EXPECTATIVAS

En cuanto a las expectativas que formulan los entrevistados, es decir, creencias, emociones y anhelos sobre los acontecimientos futuros, a partir de carencias o situaciones y problemas presentes y/o pasados, con prescindencia de un actor que pueda llevar a cabo su concreción, encontramos una serie de enunciados. En general, aluden a los mismos entornos ya descritos como carenciados y criticados en los apartados anteriores.

Así, se espera un cambio en el reconocimiento y difusión de la consejería en VIH que desarrolla la sociedad civil que provenga tanto desde la sociedad como del Estado. En este aspecto, se visualizan como anhelos de una capacitación pagada a los consejeros o un reconocimiento a través de la remuneración de su trabajo.

Esta línea interpretativa se vincula al discurso de profesionalización de la práctica de consejería, especialmente en los servicios públicos de salud y ONGs. En algunas ONGs se plantea una profesionalización exclusiva de la consejería, restándose aquellas características de falta de competencia técnica que actualmente poseería el voluntariado. Se espera que las consejerías las

realicen profesionales de la salud mental y el "área biológica". En otras instituciones se plantea que la profesionalización de la consejería ponga un énfasis en los grupos o comunidades específicas de los/as consultantes.

En cuanto a las carencias que involucran el contenido de su trabajo, aquí se busca el cambio hacia unas mejores condiciones, se espera un acceso a la información actualizada y novedosa en VIH/SIDA, un mayor conocimiento en ETS y sexualidad, en general, desde las ciencias sociales, trabajar el tema de género de modo de conocer los impedimentos para la prevención del VIH, los medicamentos y tratamientos médicos y se propone la profundización del conjunto de temas tratados en una sesión de consejería e incluso ampliar su campo de trabajo a otras situaciones de riesgo de los consultantes.

En este ámbito se propone que las ONGs puedan regular la calidad de la información y a la vez, que existan profesionales que supervisen el accionar de los consejeros en todo ámbito. En este último sentido, se mencionó el anhelo de la presencia constante de un psicólogo para estas labores.

Es una expectativa compartida modificar las condiciones de la infraestructura y contar con espacios especialmente dedicados a la consejería en las instituciones. Por otra parte, se espera poseer una sala para realizar la toma de muestras para el test de ELISA en aquellas instituciones que no lo hacen actualmente. En una ONG se espera poder tomar las muestras como una manera de conseguir mayor efectividad en las consejerías pre y post test.

Las limitaciones de comunicación y contacto entre las ONGs y el Estado se espera que sean superadas de modo de poder desarrollar una derivación y la realización de proyectos de trabajo. En este contexto, se propone la realización de una "gran jornada" una vez al año, en la que participen todos los consejeros de la sociedad civil.

DEMANDAS

Las demandas que se enuncian tienen como destinatario principal al Estado y en algunas oportunidades la CONASIDA. En general, estos actores son interpelados en la demanda de recursos económicos y humanos, acciones comunicacionales y educacionales en el campo de la prevención de

la epidemia. Además de estas demandas, se solicita al Estado un liderazgo político y social para la abordar la epidemia como problema de salud pública, el logro de un reconocimiento de la consejería en VIH y la ampliación del enfoque bio-médico de la consejería en los servicios de salud pública.

VI. SUGERENCIAS PARA LA REFORMULACION Y OPTIMIZACION DEL MODELO DE FORMACION DE CONSEJEROS PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH/SIDA

A. SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La evaluación constató la importancia de la experiencia acumulada en materia de formación de consejeros/as en prevención primaria del VIH/SIDA, con intervenciones bastante exitosas en la instalación, en el sistema público, de una red de consejeros y consejeras capaces de satisfacer la necesidad de consejería, las que se ampliaron y reforzaron a partir de la promulgación de la Ley N° 19.779 que exige que todo Test de ELISA para VIH sea precedido de una consejería preventiva.

Dadas las condiciones históricas en las que se ha insertado la consejería de prevención primaria en el sistema público de salud, y las limitaciones y barreras que se han presentado para su ampliación y plena eficacia, el modelo de formación ha sido sustentable, pero se han presentado debilidades para cumplir cabalmente con los resultados deseados. Ello especialmente por la tensión en los modelos propuestos, entre la dimensión "normativa" -de disciplinamiento conductual-, y el empoderamiento de sujetos de derecho. Esta tensión es la que debe ser resuelta en la formación, profundizando los recursos que se pongan a disposición de consejeros/as para que los/as consultantes puedan empoderarse y prevenir -en ellos/as y con sus parejas- el VIH/SIDA.

La formación de consejeros/as debe ser continua, especialmente en relación con el tratamiento de la sexualidad, la homosexualidad, el reconocimiento de la diversidad sexual, la confidencialidad y el empoderamiento de las personas que consultan, contribuyendo a potenciar el cambio de actitudes del personal en consultorios y hospitales y las prácticas institucionales. La sensibilización y apertura del conjunto de los/as funcionarios/as a la problemática del VIH/SIDA es de im-

portancia creciente para el logro de los objetivos de la propia consejería de prevención primaria. El contexto ideológico-cultural en que se implementa la consejería resulta clave para su adecuada implementación y el logro de sus objetivos.

CAMBIOS EN LA EPIDEMIA Y AJUSTES PERMANENTES AL MODELO DE FORMACIÓN DE CONSEJEROS

Como se señaló al inicio de este texto, la epidemia del VIH/SIDA ha sufrido importantes cambios, tanto en la forma en que se va extendiendo entre distintos grupos y sectores de la población -donde se combinan factores culturales y de vulnerabilidad social-, como por los avances en las terapias retrovirales, en especial la triterapia -aunque de alto costo económico- que la han transformado progresivamente más en una enfermedad crónica que en una enfermedad mortal. Ello, si bien tiene elementos indiscutiblemente positivos, ha significado cambios importantes en la subjetividad y en las prácticas de las personas en cuanto a la evaluación de las conductas de riesgo y la necesidad de protección.

Estos cambios hacen necesario modificar, como se ha estado haciendo en cierta medida, los énfasis en las formas de abordaje de las acciones de la consejería. En efecto, el abordaje tiene que tener presente que el énfasis debe estar en la prevención primaria, que se debe buscar el empoderamiento de las personas que consultan y que, pese la eficiencia de los nuevos tratamientos, la enfermedad tiene efectos en la salud de las personas VIH+ y en el costo de su tratamiento.

Como resultado de la evaluación es posible distinguir dos líneas de reformulación y optimización del sistema de formación de consejeros/as, una que se centra en los/as consultantes, la otra en los procedimientos y mecanismos de la formación.

1. Formación centrada en la prevención del VIH/SIDA

A) MODELO CENTRADO EN LA PREVENCIÓN

El modelo de formación debe estar centrado en el aporte que hace la consejería a la prevención del VIH/SIDA, más allá de los aspectos asistenciales. Eso significa: incluir información sobre los estudios más recientes relativos a la eficacia de la consejería voluntaria, reconocer los procesos motivacionales relacionados con el cambio conductual, en especial, la voluntariedad en la consejería, y poner énfasis en los procesos relativos a la gestión del riesgo y reducción del daño.

En este sentido, es necesario reconocer la consejería como parte de un proceso positivo, aun cuando no se tenga certeza de cuánto y cuándo va a tener el impacto deseado en la conciencia y en la conducta de las personas. Se trata de una conversación íntima en una situación empática que busca acoger, dar información, gatillar un proceso a partir de un "clic" emocional, de conciencia. Es una apuesta psicológica en que los elementos cognitivos, a partir del reconocimiento del sujeto de que está en una situación de riesgo, permiten la toma de conciencia y un paulatino cambio de conductas hacia la mayor protección.

La formación debe llevar a reconocer los mecanismos a través de los cuales opera la consejería: desde los aspectos cognitivos a las dimensiones afectivas, como motor central para el cambio de conductas y por lo tanto, poner énfasis en la voluntariedad (información – autoconciencia – proceso hacia conductas más seguras).

Como corolario, la formación debe poner especial énfasis en la consejería entregada a aquellas personas cuyo resultado en el test de ELISA ha sido negativo. Así se establece, de hecho, en las publicaciones de CONASIDA: *"En el caso de un examen con resultado negativo, la consejería post-test es clave para el reforzamiento de las medidas preventivas que permitan a cada persona mantenerse no infectada"*²⁷.

Los/as consejeros/as deben estar preparados/as, por lo tanto, para incentivar a los/as consultantes a descubrir aspectos de su propia conducta, sentimientos y representaciones asociados a ella en el período que va desde la consejería pre-test hasta la entrega del resultado.

En el caso de consultantes con resultado positivo, diagnóstico VIH+, una vez conocido el resultado, son apremiantes sus necesidades de ser escuchado/a, comprendido/a, orientado/a y aliviado/a de las presiones más inmediatas de la situación. La formación aparece bien diseñada para dar elementos en la humanización de la entrega de un resultado VIH+. Sin embargo, debe poner el énfasis principal en el acompañamiento psicológico, con recursos apropiados, que evite los consejos normativos y morales sobre la vida futura del/a consultante, y las preguntas indiscretas. La consejería sigue siendo de prevención en cuanto a evitar una reinfección del/a consultante y para proteger a sus parejas a través de el/la.

B) EMPODERAR A LOS/AS CONSULTANTES

La formación de consejero/as debe tener presente que los tratamientos antirretrovirales han fortalecido el enfoque clínico y, en cierta medida, han reorientado la consejería de prevención primaria del examen ELISA más hacia la pesquisa para un segundo o tercer nivel de atención, que a su función propiamente preventiva para los/as consultantes y la población general.

Se hace más evidente ahora la necesidad de ahondar en los recursos de empoderamiento de los propios consultantes, que sean facilitados por

²⁷ CONASIDA, NotaSida N°4 <www.CONASIDA.cl>

consejeros/as, para evitar así que el énfasis institucional se desplace hacia la determinación de quién tiene VIH, sus condiciones de salud y sus necesidades clínicas, más que a la prevención de la epidemia.

Ello supone entender las conductas de riesgo y cómo es que hay "razones" para ese tipo de conducta, los "beneficios" que puede tener para el sujeto consultante, por ejemplo, en términos de identidad, de pertenencia a un determinado grupo, etc..

La formación debería convertir a los/as consejeros/as en agentes educativos, promotores del empoderamiento de los/as consultantes, con las capacidades y habilidades necesarias para estimular y acompañar procesos individuales frente al riesgo y eventualmente al diagnóstico VIH+.

Para ello es necesario trabajar –durante la formación– el tipo de relación que se establece entre consejera/o y consultante: cuán jerárquica, vertical u horizontal puede o debe ser. Asimismo, se debe formar para desarrollar una conversación antes que un discurso normativo, disciplinador o moralista (frecuente –en especial– entre asistentes sociales). El trato a las personas consultantes no puede ser como que están en falta, que no tienen nada que aportar, que cometieron un error grave en su vida.

Este cambio requiere hacer consciente la cultura funcionaria existente en el sistema público de salud, cuyo énfasis está en lo epidemiológico antes que en la prevención y el empoderamiento. Esta cultura presiona sobre los/as consejeros/as más allá de la insistencia que se pueda hacer a nivel de los talleres de formación. Una demostración de ello es la práctica bastante generalizada de derivaciones para el test de ELISA desde otros servicios de salud, especialmente ETS, pero también de médicos para la realización de cirugías.

El apoyo requerido por los/as consultantes es más que amabilidad y simpatía, se trata de un acompañamiento en un proceso psicológico complejo, pero en el que el sujeto de la acción y prevención es el/a propio/a consultante.

C) LA CONFIDENCIALIDAD COMO RECURSO PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La confidencialidad ha sido otro de los componentes de la formación de consejeros/as que es necesario profundizar, toda vez que la epidemia está asociada preferentemente a la población homosexual y ésta es discriminada social –y en cierta medida– institucionalmente, por el sólo hecho de serlo. La solicitud voluntaria del test de ELISA por hombres los pone en la condición de (potencial) homosexual o bisexual y por tanto, sujeto a ser discriminado.

En la medida que la consejería cara a cara busca la prevención y que todos/as aquellas personas que sientan haber estado en situaciones de riesgo puedan acceder a ella y al test de ELISA, se hace necesario insistir en la importancia de la confidencialidad como recurso de prevención.

No obstante, también es necesario elaborar con las personas las consecuencias negativas que puede tener el no comunicar su situación, mejorando la percepción de riesgo para quienes los/as rodean, sean parejas varones o mujeres.

Para efectos internos del sistema público de salud, es pertinente hacer una distinción entre confidencialidad y privacidad. El que la información sea confidencial no significa que tenga que ser desconocida para los profesionales que están atendiendo al consultante dentro de un servicio. Asimismo, el "consentimiento informado" para la realización del test de ELISA debe ser precisado en su intencionalidad. A veces se desdibuja y pareciera una meta antes que una garantía para la persona. Debería solicitarse al terminar la con-

versación previa al pre-test más que al comienzo de la misma. El examen, unido a la consejería con confidencialidad es un derecho de las personas y así debe reflejarse en la práctica concreta de la consejería en prevención, y por lo tanto, en la formación para la misma.

D) LA VOLUNTARIEDAD COMO RECURSO PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Se debe enfatizar la voluntariedad en el acercamiento al test de ELISA como factor central para alcanzar los objetivos de la consejería en cuanto resorte motivacional para una disposición al cambio de conductas de riesgo hacia conductas más seguras.

La voluntad de un individuo, que se hace consciente de las situaciones de riesgo en que ha estado, es fundamental como parte del proceso de adoptar conductas de mayor cuidado.

E) INCENTIVAR LA CAPACIDAD DE LOS/AS CONSEJEROS/AS DE COMPRENDER LAS NECESIDADES DE LOS/AS CONSULTANTES

Se debe fortalecer, a través de la formación, el desarrollo de capacidades en los/as consejeros/as para dar respuesta a las necesidades y demandas de las personas que solicitan la consejería. Los actores en la consejería son los/as consejeros/as y los/as consultantes, y como actores indirectos, los grupos constituidos por personas de mayor vulnerabilidad a adquirir el VIH/SIDA y las personas que efectivamente han adquirido la infección, pero que no lo han confirmado, ni asumido. Esto implica, a lo menos, intentar hacer conscientes a los/as propios/as consultantes de sus necesidades y demandas y, a la vez, que los/as consejeros/as puedan percibir efectivamente las necesidades de quienes consultan.

F) EL SENTIDO DE LOS REGISTROS Y LA ATENCIÓN EN LOS/AS CONSULTANTES

La formación debe apuntar a que la consejería esté centrada en la persona que consulta, y que la información que se busca registrar en cuadernos, hojas, fichas o cualquier otro tipo de registro sólo tiene por objeto continuar la conversación de la consejería de pretest una vez que se dan a conocer los resultados del test de ELISA, sea negativo o positivo. La formación debe reafirmar la centralidad del consultante, en un diálogo fluido a partir de las inquietudes, necesidades y demandas de éste o ésta, de su empoderamiento y de la prevención primaria, más que del llenado de una ficha que puede desnaturalizar el acto de la consejería y burocratizarlo.

G) HERRAMIENTAS PARA SITUACIONES COMPLEJAS

Para aquellos/as consejeros/as que hacen dos o tres consejerías con resultado positivo semanales, se debe poner mayor énfasis en el manejo de situaciones de crisis, en el abordaje de situaciones difíciles ligadas a la sexualidad, profundizar en homosexualidad y bisexualidad -desde lo teórico y lo práctico- para que no se enfrente a los/as consultantes como "pobrecitos/as", entregar algunas nociones de "patología sexual", "mecanismos de defensa", psicología, y también técnicas para observarse ellos/as mismos/as como consejeros/as. Ello incluye las estrategias para prevenir el agotamiento emocional (*burn out*). Estas áreas son aquellas que los/as consejeros/as entrevistados/as desean profundizar.

H) PROFUNDIZAR EL CONOCIMIENTO DE LAS POBLACIONES VULNERABLES EMERGENTES

El modelo de formación debe incorporar la prevención en poblaciones vulnerables emergentes, hasta el presente poco afectadas, pero que en los años recientes muestran curvas que requieren especial atención, particularmente de mujeres

heterosexuales con pareja única, empleadas domésticas, trabajadores, adolescentes y jóvenes, población rural, pueblos originarios e inmigrantes.

Ello supone que se incentive en la formación el trabajo de los profesionales de la salud y de quienes están en la consejería de prevención primaria junto a otros actores sociales, como el movimiento sindical, el movimiento de mujeres, las organizaciones campesinas, de pueblos originarios, juveniles, las organizaciones homosexuales y de PVVIH, por señalar algunas.

Adquiere pertinencia la formación sobre los grupos más vulnerables y la forma en que se establece la relación con estos. Los conocimientos acerca de los grupos vulnerables, sus comportamientos, sentimientos, identidades de género y sexuales, redes de apoyo, si las hay, son centrales para la comprensión de las demandas y necesidades de estos grupos y de las personas que consultan. Asimismo, es necesario profundizar en torno a los prejuicios y mandatos culturales que los fundamentan, en especial aquellos asociados a la homosexualidad y la bisexualidad, hacerlos visibles y buscar respuestas distintas que permitan a consejeros/as reconocer la diversidad y dar recursos para el empoderamiento de los/as consultantes

I) MANUAL PARA LA CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE VIH/SIDA

Es necesario y oportuno publicar un nuevo Manual sobre los alcances de la consejería, en el formato de informativo al público. Debe incluir, tanto los avances que hay en materia de "éxito" de la consejería, como los ajustes al modelo de consejería que aquí se sugieren.

2. PROCEDIMIENTOS Y MECANISMOS DE LA FORMACIÓN

En la evaluación se identifican dos formas en que se imparte la formación de consejeros/a para la prevención primaria: talleres organizados directamente desde CONASIDA, nacionales muchos de ellos, y las réplicas que se organizan desde los servicios de salud y que se amplían a profesionales de consultorios.

Las diferencias entre ambas formas son significativas, tanto en la profundidad con que pueden abordar las distintas temáticas, ejercicios y entrega de destrezas, como en la heterogeneidad de los talleres, número de horas de formación, calidad de los/as animadores/as. Ello tiene claras consecuencias en la práctica misma de la consejería como queda en evidencia en los distintos cruces de variables que se presentaron en el Informe Final de este estudio. Por ejemplo, en la satisfacción en el trabajo de consejería, o en el tiempo que dicen dedicar a las distintas consejerías que realizan. Las réplicas son una versión de menor calidad en cuanto a formación, con los efectos que se constatan en esta evaluación.

A) REVISAR EL O LOS TIPOS DE FORMACIÓN

Los servicios de salud, quizás con algunas excepciones, no tienen los recursos que sí dispone un nivel central para encarar con profesionalismo, los distintos aspectos que implica la formación. La formación a través de réplicas debe estar apoyada desde un nivel central que les permita incorporar las nuevas demandas de la epidemia, conocer las estrategias de abordaje que están dando mejor resultado en la prevención primaria, asegurar la calidad y experticia de los/as responsables de la formación y establecer criterios comparables en la formación de los/as consejeros/as.

B) UN SISTEMA CONTINUO Y PERMANENTE DE FORMACIÓN

Crear un sistema continuo y permanente de formación, con la estructuración de "comunidades de aprendizaje" que permitan establecer centros virtuales y/o "reales" de conocimiento, conversación e intercambio de experiencias que den origen y/o reiteren criterios en el orden nacional y formas de aplicación, tanto en las distintas regiones, servicios de salud y consultorios, como en el tipo de población vulnerable con la que se trabaja. En ese sentido, ningún taller de tres días puede asegurar por sí solo el cumplimiento de esta meta.

Una mejor utilización del Centro de Detección y Consejería de la Región Metropolitana, profundizando la realización de pasantías y supervisiones de casos reales puede integrarse a este sistema

C) ESTABLECER UN SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA FORMACIÓN

Es necesario evaluar periódicamente las actividades de formación que se realizan, de modo de establecer parámetros semejantes en la formación de manera que se tenga patrones similares en sus calificaciones y ejercicio de la consejería. Se requiere supervisar el ejercicio de la consejería, al menos en aquellas personas que son formadas y recién se inician. Se debería establecer un sistema de evaluación y supervisión permanente para todos/as. El Centro Romero puede jugar en ello un rol.

D) CONSTANTE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

La formación de consejeros/as requiere de una constante actualización de conocimientos, de estrategias de abordaje de las necesidades de los grupos vulnerables "tradicionales", "emergentes"

y de las personas que consultan por el test de ELISA, así como de las tendencias que adquiere la propia epidemia. Difícilmente ello será posible sólo desde la formación que se ponga a disposición de consejeros/as en los servicios de salud, se requiere de un apoyo nacional.

E) EXPERTICIA COMPROBADA DE LOS RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Es conveniente que la formación, al menos en los aspectos que dicen relación con los abordajes a los/as consultantes, esté a cargo de personas que han hecho consejería en prevención primaria y tengan una amplia experiencias. Los/as profesionales que participan en los talleres de formación perciben cuándo un/a monitor/a tiene experiencia y eso le da mayor o menor credibilidad a la formación. Los abordajes requieren de conocimientos, pero también de experticia en el trato a consultantes y en cómo enfrentar situaciones que pueden ser muy diversas y ante las cuales no hay libros ni material escrito disponible que las documente.

F) DISTINGUIR ENTRE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

En la formación se presentan dos niveles de necesidad y de competencia, a saber de *sensibilización* y de *consejería* propiamente tal. Los equipos y las personas cercanas a la consejería de prevención primaria se beneficiarán con una sensibilización sobre el tema al tener una mayor idea del concepto de la consejería y sus objetivos, que no se trata sólo de un intento de ser amable, sino que forma parte de una estrategia para el abordaje de la prevención primaria de la epidemia, que la confidencialidad, el respeto por los derechos tienen una lógica de prevención y bienestar.

Es así que la sensibilización del conjunto de los/as funcionarios/as a la problemática del VIH/SIDA es de importancia creciente para el logro de los objetivos de la propia consejería de prevención primaria. Se debería poner énfasis en los médicos, especialmente en lo que dice relación con las PVVIH, y en quienes trabajan en los bancos de sangre. El modelo de formación de consejeros en prevención primaria deberá considerar una intervención sistemática que permita a los propios consejeros/as ampliar su campo de acción a la sensibilización de los/as funcionarios/as del conjunto del sistema de salud, pues, como se ha constatado en esta evaluación, el contexto ideológico-cultural en que se implementa la consejería resulta clave para su adecuada implementación y el logro de sus objetivos.

G) ESTABLECER CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL PERSONAL PARA LA CONSEJERÍA

Es preciso recordar que estamos ante una epidemia históricamente masculina y homosexual. Es necesario fortalecer la formación en aquellos profesionales, especialmente mujeres, que han sido preparados para atender solamente a mujeres heterosexuales en directa asociación con la reproducción y en algunos casos, con responsabilidad para el diagnóstico y tratamiento de las ETS y la vigilancia epidemiológica (*control*) del comercio sexual.

La formación debería profundizar en el trato de la intimidad sexual y empoderamiento de los/as consultantes. Ellos/as deben conocer y comprender un mundo homo-bisexual, así como romper su esquema tradicional de *pesquisa* para *detectar* enfermedades, bajo el supuesto que el acto de conocer a quienes portan la infección tuviera un impacto en el *control* de la epidemia a futuro. Supone valorar la vida sexual de un hombre homosexual.

Es a todas luces conveniente, una mayor inserción de profesionales varones en los programas de formación, de diversas disciplinas, especialmente en el abordaje de hombres que consultan por el test de ELISA. Al feminizarse como servicio, se agregan barreras de tipo cultural para la atención oportuna y para la prevención en la población masculina.

H) ATENCIÓN ESPECIAL

SE DEBE PONER ESPECIAL ATENCIÓN A:

- **Cuestionamientos personales de los/as consejeros/as y situaciones de crisis.** Es necesario tener presente que la formación a los/as consejeros/as les confronta con algunos aspectos de sus propias vidas y con sus *psiquis*, cuestiones que están presentes en el ejercicio de la consejería. Es necesario, por tanto, que se incorpore recursos en la formación que permitan a consejeros/as enfrentar este tipo de cuestionamiento que en general no corresponde a las experiencias de su vida profesional ni a su formación universitaria. Las situaciones de crisis, que se presentan entre consultantes, tienen efectos los/as propios/as consejeros/as.
- **Los años en la actividad y la experticia.** La formación debe apoyar la experiencia personal de cada uno/a en la consejería, pero también mostrar que ésta no es suficiente, ni tampoco la edad, para transformarse en fuente principal de autoridad. Por el contrario, la formación requiere incorporar recursos y aprendizajes que están disponibles para la consejería.

I) INCENTIVAR LA FORMACIÓN EN CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS

Se debe desarrollar un plan de acción hacia las escuelas universitarias que forman a los/as profesionales que se incorporan al sistema de salud (medicina, obstetricia, enfermería, trabajo social, psicología, por señalar algunas), de modo que incluyan en sus mallas curriculares contenidos asociados a la consejería de prevención primaria.

B. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

En el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil de Región Metropolitana que desarrollan consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA, es necesario:

1. Desarrollar un programa de formación continua que permita profundizar en el conocimiento técnico y profesional de materias vinculadas a la consejería en VIH

En el diagnóstico se indican materias que demandan un mayor conocimiento para la profundización de la formación en consejería, tales como son las enfermedades de transmisión sexual, la sexualidad, la interacción adecuada para escuchar los consultantes/as, la promoción del uso del preservativo en las parejas heterosexuales y las formas en que las mujeres enfrentan dicho uso con sus parejas.

A través de talleres y también de programas del tipo "diplomados" se puede estimular el interés de estas organizaciones en actualizar o profundizar los conocimientos y habilidades para el buen desarrollo de las consejerías.

2. Generar un proceso de diálogo para construir consensos sobre la formación de consejeros y un sistema de acreditación estandarizado

Los resultados del diagnóstico indican que no existe una imagen de consenso respecto a los requisitos para ser consejero y el papel que cumple una formación en profundidad y exigencias de aprobación. Adicionalmente, ante las actividades de capacitación y de diálogo entre instituciones, se afirma que "*no se han visto resultados*", cuestionándose sus resultados efectivos.

En este último aspecto, corresponde generar evaluaciones de la formación de consejeros en prevención del VIH en este sector y mecanismos consensuados de supervisión y diseño de formas de capacitación continua de los consejeros de la sociedad civil.

3. Publicar y difundir los recursos educativos y didácticos elaborados por las instituciones de la sociedad civil para permitir el intercambio de experiencias de formación en consejería en VIH

Un aspecto que dificulta el análisis de los contenidos, procesos y resultados de la formación en consejería es la falta de publicación de los manuales y materiales de apoyo a la formación que han elaborado las organizaciones de la sociedad civil. Apoyar esa publicación puede contribuir a generar una dinámica más abierta de conversación sobre los distintos modelos que está aplicando cada institución, sus fortalezas y debilidades.

VII. SUGERENCIAS PARA LA REFORMULACION Y OPTIMIZACION DE LOS SERVICIOS DE CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN PRIMARIA

CONASIDA viene desarrollando desde hace años una estrategia de prevención del VIH/SIDA en tres niveles de trabajo: masivo, comunitario e individual. También está impulsando Planes regionales intersectoriales de respuesta al VIH/SIDA para permitir la administración y gestión local de recursos, la intersectorialidad y la promoción de la participación. De este modo busca construir una respuesta adecuada a las necesidades particulares de cada región respecto de la prevención del VIH/SIDA. Asimismo, intenta trabajar con otros sectores e instituciones de gobierno.

En el intertanto, como ya se señaló, se producen cambios en la epidemia del VIH/SIDA, al transformarse en una enfermedad más bien crónica, y extenderse a grupos diferentes de los reconocidos hasta hace pocos años como "grupos de riesgo". Como consecuencia, la infección aparece en nuevos grupos sociales –vulnerables social y culturalmente- y cambia la percepción subjetiva del riesgo y la necesidad de protección.

Sin duda, uno de los avances más importantes es que, en sí misma, la instalación de la consejería para la prevención primaria de VIH/SIDA en el sistema público de salud, constituye una "intervención cultural" en las instituciones. Ello, en la medida en que se ha traducido en hablar de sexualidad, de homosexualidad, de diversidad sexual, etc., contribuyendo a abrir conversaciones que favorecen el cambio de actitudes del personal en consultorios y hospitales. De este modo, la consejería tiene un importante resultado a nivel del personal de salud, además de los impactos específicos que pueda tener a nivel individual a partir del encuentro cara a cara entre consejero/a y consultante.

Si bien la consejería de prevención primaria tiene elementos indiscutiblemente positivos, los cambios en la epidemia, en los sujetos consultantes y en los tratamientos disponibles se traducen también en cambios en los abordajes de los/as consejeros/as para la evaluación de las conductas de riesgo y la necesidad de protección de los/as consultantes. Se pone más énfasis en la atención y captación de posibles personas que resulten VIH+, que en la prevención primaria de la epidemia.

Por otra parte, con la aprobación del proyecto chileno por parte del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que complementa el aporte del 80/90% que realiza el Estado Chileno para lograr la cobertura del 100% del tratamiento con triterapia también se producen cambios en los actores sociales. En efecto, la principal demanda de las organizaciones de PVVIH frente al Estado se tiende a concentrar en el acceso adecuado y oportuno al tratamiento de la enfermedad, antes que en la prevención.

En este contexto, el Estado se vuelve el actor indiscutido de la prevención, tanto hacia el conjunto de la población, como hacia los grupos más vulnerables. Ello debería suponer el trabajo con otros actores sociales, como pueden ser el movimiento sindical, el movimiento de mujeres, etc., además de las organizaciones de PVVIH.

En este sentido, a la luz del presente estudio, la estrategia de prevención desarrollada por CONASIDA requiere ser ajustada reforzando el rol preventivo de la consejería en VIH/SIDA, considerando tanto las transformaciones culturales y actitudes a nivel de la población, como los cambios en la epidemia. La reforma del sistema de

VII. SUGERENCIAS PARA LA REFORMULACION Y OPTIMIZACION DE LOS SERVICIOS DE CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN PRIMARIA

CONASIDA viene desarrollando desde hace años una estrategia de prevención del VIH/SIDA en tres niveles de trabajo: masivo, comunitario e individual. También está impulsando Planes regionales intersectoriales de respuesta al VIH/SIDA para permitir la administración y gestión local de recursos, la intersectorialidad y la promoción de la participación. De este modo busca construir una respuesta adecuada a las necesidades particulares de cada región respecto de la prevención del VIH/SIDA. Asimismo, intenta trabajar con otros sectores e instituciones de gobierno.

En el intertanto, como ya se señaló, se producen cambios en la epidemia del VIH/SIDA, al transformarse en una enfermedad más bien crónica, y extenderse a grupos diferentes de los reconocidos hasta hace pocos años como "grupos de riesgo". Como consecuencia, la infección aparece en nuevos grupos sociales –vulnerables social y culturalmente- y cambia la percepción subjetiva del riesgo y la necesidad de protección.

Sin duda, uno de los avances más importantes es que, en sí misma, la instalación de la consejería para la prevención primaria de VIH/SIDA en el sistema público de salud, constituye una "intervención cultural" en las instituciones. Ello, en la medida en que se ha traducido en hablar de sexualidad, de homosexualidad, de diversidad sexual, etc., contribuyendo a abrir conversaciones que favorecen el cambio de actitudes del personal en consultorios y hospitales. De este modo, la consejería tiene un importante resultado a nivel del personal de salud, además de los impactos específicos que pueda tener a nivel individual a partir del encuentro cara a cara entre consejero/a y consultante.

Si bien la consejería de prevención primaria tiene elementos indiscutiblemente positivos, los cambios en la epidemia, en los sujetos consultantes y en los tratamientos disponibles se traducen también en cambios en los abordajes de los/as consejeros/as para la evaluación de las conductas de riesgo y la necesidad de protección de los/as consultantes. Se pone más énfasis en la atención y captación de posibles personas que resulten VIH+, que en la prevención primaria de la epidemia.

Por otra parte, con la aprobación del proyecto chileno por parte del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que complementa el aporte del 80/90% que realiza el Estado Chileno para lograr la cobertura del 100% del tratamiento con triterapia también se producen cambios en los actores sociales. En efecto, la principal demanda de las organizaciones de PVVIH frente al Estado se tiende a concentrar en el acceso adecuado y oportuno al tratamiento de la enfermedad, antes que en la prevención.

En este contexto, el Estado se vuelve el actor indiscutido de la prevención, tanto hacia el conjunto de la población, como hacia los grupos más vulnerables. Ello debería suponer el trabajo con otros actores sociales, como pueden ser el movimiento sindical, el movimiento de mujeres, etc., además de las organizaciones de PVVIH.

En este sentido, a la luz del presente estudio, la estrategia de prevención desarrollada por CONASIDA requiere ser ajustada reforzando el rol preventivo de la consejería en VIH/SIDA, considerando tanto las transformaciones culturales y actitudes a nivel de la población, como los cambios en la epidemia. La reforma del sistema de

salud representa una oportunidad única para ajustar esta estrategia y su implementación a nivel nacional, regional y local. También lo son los avances legislativos, las protecciones legales y normativas de que gozan las personas, las que deben aplicarse tanto en el sistema público como privado.

A continuación se entrega un conjunto de recomendaciones que surgen de las conclusiones de este estudio y que apuntan a distintos niveles en la perspectiva de la optimización de la consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA, asociada al test de ELISA. Se recogen las propuestas de los distintos actores entrevistados y aquellas demandas que surgen de la encuesta.

A. SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

1. RECOMENDACIONES GENERALES

En primer lugar, CONASIDA debe incorporar un **cuarto nivel de trabajo** en su estrategia de prevención del VIH/SIDA: el nivel institucional, tanto del sistema de salud, como en los distintos ministerios y servicios cuya acción puede contribuir mejor a la prevención del VIH/SIDA. Si bien está implícito en la acción transversal de CONASIDA, debe ser incluido en forma explícita y sistemática, de manera que pueda ser monitoreado y evaluado.

Esto supone que las autoridades, en el caso del sistema público de salud, estén plenamente conscientes del rol de la consejería de prevención primaria en el control de la epidemia del VIH/SIDA y de su aporte en términos económicos también. En el marco de la reforma de salud, supone una instalación importante de la consejería desde la Autoridad Sanitaria y su coordinación en la red de atención.

En segundo lugar, **reforzar la mirada intersectorial** en la medida en que no es suficiente abordar el

tema del VIH/SIDA en el marco de la salud, sino que ello debe realizarse en el marco de la educación en sexualidad en general.

En tercer lugar, en la medida en que CONASIDA reconoce el rol preventivo de la consejería asociada al test de ELISA a través de la gestión del riesgo y el trabajo con grupos vulnerables, es fundamental **ampliar la información existente en torno a su efectividad de la consejería** y difundir dicho aporte a todos los niveles del sistema público de salud, partiendo por las autoridades. Ello supone examinar la dimensión económica que tiene la consejería, es decir, la importancia de la prevención primaria y también de la prevención secundaria en el largo plazo, más allá de la vigencia del proyecto aprobado por el Fondo Global que asegura cobertura del 100% de tratamiento para las PVVIH.

Es necesario un **estudio económico del impacto de la consejería** –comparado con el costo del tratamiento de una enfermedad que se hace crónica- y al mismo tiempo, que se asigne a la consejería un lugar consistente con su aporte preventivo en la planificación regional, en los servicios y en los consultorios.

En cuarto lugar, la tarea iniciada con este estudio permanecerá incompleta mientras no se **realice estudios a consultantes, especialmente con resultado negativo**, así como etnografías de las condiciones concretas en que se desarrolla la consejería a nivel público –hospitales, consultorios y centros ETS. Dichos estudios podrán complementar y completar los hallazgos de esta investigación y entregar elementos adicionales para la optimización de la consejería en prevención primaria del VIH/SIDA.

En quinto lugar, resulta pertinente **incorporar a las campañas nacionales la noción de consejería preventiva** y precisarla para el debate público. En esas campañas se deberá reiterar, además, las

protecciones legales y normativas vigentes y explicitar los procedimientos necesarios para presentar denuncias cuando haya falta.

En sexto lugar, también es necesario **reorientar del trabajo comunitario**, por cuanto se mantiene cierta "naturalización" de la epidemia de VIH/SIDA asociada a "grupos de riesgo", la que se apoya en prejuicios y en la homofobia. La evolución de la epidemia en Chile, con la ampliación de los grupos vulnerables, con la feminización y consecuente transmisión vertical de la infección obliga a replantear esa tarea de nivel intermedio.

Finalmente, se debe **considerar seriamente el rol del sector privado en la prevención**, su incorporación a la estrategia definida por CONASIDA y el cumplimiento con de la Ley N° 19.779 y las normas vigentes en materia de confidencialidad. Es necesario terminar con la entrega de resultados del Test de ELISA a particulares, eliminando la práctica de tomar exámenes masivos con el objeto de identificar a los positivos y transferirlos al sector público.

2. La consejería para la prevención primaria del VIH/SIDA

A) REVISAR EL MODELO CONCEPTUAL DE CONSEJERÍA, SUS OBJETIVOS Y PROPÓSITOS.

Reconocer la consejería como parte de un proceso positivo de empoderamiento de los/as consultantes, aun cuando no exista certeza del impacto deseado en la conciencia y en la conducta de las personas. Como ya se señaló, se trata de una conversación íntima en una situación empática que busca acoger, dar información, gatillar un proceso a partir de un clic emocional, de conciencia. Es una apuesta psicológica en que los elementos cognitivos, a partir del reconoci-

miento del sujeto de que está en una situación de riesgo, permiten la conciencia y un paulatino cambio de conductas.

Reconocer los mecanismos a través de los cuales opera: desde los aspectos cognitivos a las dimensiones afectivas como motor central para el cambio de conductas y por lo tanto el énfasis en la voluntariedad

- **Resolver la tensión entre dos modelos de consejería** que están presentes, uno predominante, con una fuerte dimensión "normativa" -de disciplinamiento conductual- que tiene una mirada clínica para pesquisar a las personas infectadas; que sitúa a los/as consultantes como personas que han cometido un error grave en su vida. Y otro que apunta al empoderamiento de los consultantes, a que se hagan cargo de su salud y de la de sus parejas y entornos familiares. La consejería de prevención primaria debería fortalecer e incentivar esta segunda opción, buscando empoderar a los/as consultantes validando sus habilidades, fortalezas; comprendiendo sus necesidades y demandas y ubicándolo como sujeto de derechos.
- **Reafirmar que el centro de la atención en la consejería es la persona que consulta.** Se debe insistir en que el/la consejero/a tiene que ponerse en el lugar del/a otro/a, indagar en los significados y prácticas sexuales que le llevaron solicitar la consejería para hacerse el tes de ELISA. Ese es el momento que permite una prevención primaria, para ello consejeros/as deben contar con los conocimientos y estrategias de abordaje más adecuadas a la persona que consulta.
- **Precisar el sentido de los registros, la confidencialidad y la atención en los/as consultantes.** La información que se registra en cuadernos, hojas, fichas o cualquier otro

tipo de registro no debe afectar la relación de intimidad y empatía que requiere esta relación cara a cara, especialmente la expresión de las inquietudes, necesidades y demandas por el/la consultante. Los registros sólo tienen por objeto continuar la conversación de la consejería de pre-test una vez que se dan a conocer los resultados del test de ELISA, sea negativo o positivo; en caso contrario se desnaturaliza el acto de la consejería y se burocratiza.

- **Profundizar la importancia de la voluntariedad y confidencialidad como recurso de prevención primaria.** La epidemia está asociada preferentemente a la población homosexual y ésta es discriminada social e institucionalmente, en alguna medida. Se debe asegurar la confidencialidad para que no se discrimine a las personas que voluntariamente solicitan el test de ELISA y que puedan, por lo tanto, recurrir a la consejería para prevenir las situaciones de riesgo y vulnerabilidad que les ha llevado a solicitarlos, así como a sus parejas y familias. Asimismo, la decisión voluntaria del/a consultante debe asegurarse al máximo.
- **Distinguir entre confidencialidad y privacidad.** Que la información sea confidencial no significa que tenga que ser desconocida para los profesionales que están atendiendo al/a consultante dentro de un servicio. Se debe regular el uso de este tipo de información en el caso de las personas VIH+ que deben ser atendidas por otras razones.
- **Enfatizar la importancia de la consejería de prevención primaria en los/as consultantes cuyo resultado del test ha sido negativo.** Los/as consejeros/as deben prestar especial atención a la consejería de las personas cuyo resultado ha sido negativo, porque en general éstas van a percibir sus propias necesidades

en el proceso que va desde la consejería de pretest de ELISA hasta aquella en la que se le informa de su resultado. Los/as consejeros/as deben incentivar a los/as consultantes a descubrir aspectos de su propia conducta, sentimientos y representaciones asociadas a ella en este período.

- **Reafirmar el apoyo y escucha que se le debe dar a las personas con resultado positivo.** Las personas a las cuales se informe un resultado positivo en el test, requieren apoyo y escucha pues son apremiantes sus necesidad de ser escuchado/a, comprendido/a, orientado/a y aliviado/a de las presiones más inmediatas de la situación. Se debe poner énfasis principal en el acompañamiento psicológico, con recursos apropiados, evitando los consejos normativos y morales sobre la vida futura del/a consultante, así como las preguntas indiscretas.

B) FORTALECER LA ACCIÓN DE LOS/AS CONSEJEROS/AS

- **Evaluar las capacidades y prácticas del personal que está haciendo consejería** en prevención primaria. No todos los/as consejeros actuales tienen capacidades y condiciones para desempeñarse como tales. Se debe establecer mecanismos conocidos que permitan calificar prácticas que no corresponden a los objetivos de este tipo de consejería y representarlas cuando sea necesario. No obstante, se debe profesionalizar crecientemente esta práctica, desligándola de los meros atributos personales y de la acción voluntaria.
- **Establecer procedimientos que permitan una distribución más equitativa de la demanda por consejería** entre servicios de salud y consultorios de atención primaria, especialmen-

te las demandas que vienen de bancos de sangre y de CETS, de manera que todos/as los que solicitan una consejería la puedan tener en plazo prudente.

- **Revisar el procedimiento que concentra en unos/as pocos/as consejeros la consejería con consultantes que tienen resultado positivo en el test de ELISA.** Precisar si esta consejería debe ser realizada sólo por consejeros/as con mayor experiencia, en un determinado lugar de trabajo, con una particular disposición personal u otra capacidad que se estima necesaria para ella. De ser así, se debe establecer criterios que lo reconozcan y que les permitan acceder a recursos especiales, sean físicos, material pedagógico, apoyo psicológico, por señalar algunos.
- **Establecer recursos de apoyo psicológico a consejeros/as a los que puedan acceder con facilidad.** En la práctica de la consejería las tensiones, cuestionamientos y demandas a veces sobrepasan la capacidad de los profesionales y éstos/as requieren de apoyo, especialmente para trabajar el *burn out* para sí mantener su calidad de profesional ante el/la consultante.

C) ASEGURAR LA SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA DE CONSEJERÍA

Actualmente el sistema está sustentado en gran medida en el trabajo voluntario de consejeros/as y es visto por las autoridades como una actividad que requiere de personas con condiciones personales muy especiales, cercanas al apostolado.

- **Reconocimiento institucional de la actividad** en la programación de los servicios y consultorios, de su valor como prestación, en las condiciones físicas que permitan algún grado mínimo de intimidad en que se hace la consejería cara a cara, en el material de

apoyo que requiere para una adecuada prestación (condones, folletos) y en las horas que pueden dedicarse por parte de los consejeros.

- **Valorar la consejería para la prevención primaria** para que su incorporación efectiva en todos los servicios de salud y en consultorios. Se debe programar horas para esta actividad que se incluya como prestación reconocida por los entes fiscalizadores y evaluadores. Se debería incorporar a las prestaciones ofrecidas por el FONASA.
- **Divulgar y debatir sobre el sistema de la consejería de prevención primaria con las autoridades del sistema de salud.** Es necesario que se abra un trabajo de socialización sobre la importancia de la consejería de prevención primaria en VIH/SIDA entre Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, personal profesional de las Seremis de salud, directores de servicios, encargados de programas atención primaria y de salud de las personas, entre otros, de manera que permitan consolidar el sistema como parte sustantiva en la prevención del VIH/SIDA.
- **Integrar a la autoridad sanitaria y autoridades del sistema público de salud en el diseño de las políticas,** normas, procedimientos y protocolos requeridos para la consejería de prevención primaria. Ello permitirá que pase de ser una actividad fuertemente definida por el voluntarismo de consejeros/as a una prestación que está dentro de los servicios que presta el sistema de salud al conjunto de la población. La consejería debe ser parte de los objetivos programáticos de la atención primaria.
- **Establecer criterios comunes y protocolos para la consejería de prevención primaria, tanto en servicios de salud, como en consultorios de atención primaria municipales.** Asi-

mismo definir procedimientos nacionales, reconocidos por las distintas instancias de dirección del sistema público de salud, así como sistemas de seguimiento y evaluación. Estos procedimientos deben incluir indicaciones sobre las prácticas diferenciales y eliminar el trato diferencial para consultantes con exámenes con resultados negativo y positivo.

D) REGLAMENTAR LA LEY N° 19.779 Y ESTABLECER PROCEDIMIENTOS

- **Establecer mecanismos para llegar a las poblaciones vulnerables emergentes.** La consejería debe tratar de acceder a las poblaciones vulnerables emergentes que requieren especial atención, particularmente de mujeres heterosexuales con pareja única, empleadas domésticas, trabajadores, adolescentes y jóvenes, población rural, pueblos originarios e inmigrantes. Ello supone la coordinación con actores sociales que forman parte de esas poblaciones, como el movimiento sindical, el movimiento de mujeres, las organizaciones campesinas, de pueblos originarios, juveniles, las organizaciones homosexuales y de PVVIH, por señalar algunas.
- **Establecer criterios y procedimientos para el abordaje a menores.** Se debe definir criterios comunes, normas y protocolos que permitan responder a las demandas de menores al sistema público de salud teniendo como antecedente la Convención de Derechos del Niño. Hay temas como la consejería de prevención primaria y la realización del test de ELISA por parte de menores que requieren ser tratados con criterios comunes, conocidos tanto por el personal de salud como por los propios menores y sus familias.

Estos criterios y procedimientos deben tener presente también la protección del personal del sistema público de salud de las responsabilidades legales y éticas que conlleva el trato con menores.

- **Revisar los criterios que permiten hacer el test de ELISA por el sistema público de salud.** En el hecho hay dos tipos de personas a las que se les hace el test. El primero incluye a aquellos/as consultantes que van voluntariamente a hacerse el test y piden que se les haga una consejería, que corresponde al sentido de la ley y para el cual se ha estructurado el sistema de consejería en prevención primaria.

El segundo tipo corresponde a personas a las que, sin su consentimiento, se les practica el test de ELISA y que toman razón de ello sólo si el resultado es positivo, siéndoles informado por algún funcionario de la salud pública o por un/a consejero/a al/a que se le pide haga esta consejería. En este último caso se ubican, especialmente, las personas que van a los bancos de sangre, que no se les informa sobre el test, y los exámenes de sangre solicitados por algunos médicos previo a cirugías. Para este segundo tipo se debe establecer una normativa que asegure el consentimiento expreso de la persona a la que se la hará el test y que permita una consejería de prevención primaria que apunte al empoderamiento de la persona en su condición de VIH+. Se debe dejar expresamente prohibido el realizar el test a personas que lo requieren por motivos de trabajo, lo debe que ser ratificado por los/as consejeros/as en el momento de la consejería.

E) LA RED DE CONSEJEROS/AS

- **Profundizar y ampliar las actividades de la Red de Consejeros.** La Red es insuficientemente conocida por los/as consejeros/as y es menos utilizada, si bien es muy valorada por quienes sí la conocen y utilizan. Corresponde mejorar el trabajo de la Red e incorporarla más activamente en la estrategia de formación permanente, producción de materiales de apoyo y para el seguimiento y evaluación periódica de la consejería.

En efecto, la Red debe constituirse en el eje de la formación continua, tanto para la provisión de nueva información, como para la instalación de una "comunidad de aprendizaje".

Ello supone actualizar constantemente la página de la Red, hacerla más interactiva, utilizarla para la "comunidad de aprendizaje".

También se debe utilizar y difundir más el Diario del Consejero, sacar más ejemplares y reeditar los que ya se agotaron.

B. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

1. Afianzar la lógica de prevención del VIH/SIDA en la consejería pre y post test negativo.

El diagnóstico arrojó como resultado una desigual elaboración de las sesiones pre y post test negativo en relación con la prevención del VIH/SIDA. Así, la sesión con menor nivel de complejidad se da en la consejería post-test con resultado negativo al concentrarse en ciertos planos, especialmente radicados en conceptos y principios para la interpretación del resultado negativo, información sobre el VIH/SIDA, como asimismo, en las actitudes que influyen en las acciones de preven-

ción. En esta forma de configurar las intenciones y micro-objetivos de las sesiones de consejería, al ser puesta en relación con las modalidades culturales presentes en las organizaciones de la sociedad civil, encontramos que se tienden a concentrar en el polo del individuo en sus relaciones de mayor jerarquía.

2. Estimular un proceso de diálogo entre las instituciones de la sociedad civil para abordar el diseño, implementación y evaluación de las sesiones de consejería pre y post test de ELISA.

En general, la evaluación de las consejerías está centrada en procedimientos informales de detección de reacciones inmediatas como forma de retroalimentación de esta práctica de trabajo. En este marco, en una institución se señaló que "es raro" que los consultantes evalúen mal la consejería que tuvieron, pues llegan "con un grado de ansiedad muy alto". No existen evaluaciones formales, desde un punto de vista técnico, de las sesiones de consejería.

3. Apoyar la gestión de instituciones de la sociedad civil que requieran resolver problemas de infraestructura para las actividades de la consejería.

En algunos casos el espacio no se considera suficientemente adecuado, aunque se destina un espacio específico, mientras en otras organizaciones el espacio es evaluado satisfactoriamente. Es una expectativa compartida en las instituciones estudiadas modificar las condiciones de infraestructura y contar con espacios especialmente dedicados a la consejería. Por otra parte, se espera poseer una sala para realizar la toma de muestras para el test de ELISA en las instituciones que no lo hacen actualmente. En una ONG se espera poder tomar las muestras como una forma de lograr mayor efectividad en las consejerías pre y post test.

4. Elaborar una estrategia comunicacional con las instituciones de la sociedad civil, con un énfasis en el componente de relaciones públicas.

Se observó entre las instituciones de la sociedad la elaboración de imágenes negativas del Estado y CONASIDA, como también, el postulado de relaciones adversariales que restan posibilidades co-

municación para el trabajo de prevención del VIH/SIDA y la consejería. Sin embargo, las limitaciones de comunicación y contacto entre las ONG y el Estado se espera que sean superadas de modo de poder desarrollar una derivación y la realización de proyectos de trabajo. En este contexto, se propone la realización de una "gran jornada" una vez al año en la que participen todos los consejeros de la sociedad civil.

VIII. INSTRUMENTOS DE EVALUACION

A continuación se adjuntan dos propuestas de cuestionario para la evaluación continua de la consejería, uno para consejeros y consejeras, y otro para consultantes. Ambos se basan en el instrumento utilizado en la presente evaluación, pero situados temporalmente para su aplicación periódica anual o bi-anual. El cuestionario a conse-

jeros/as apunta a evaluar las condiciones de implementación del servicio y la satisfacción de las/os consejeros/as y la calidad del funcionamiento en red. El cuestionario a consultantes apunta a evaluar la calidad del servicio y la satisfacción de los/as consultantes.

CUESTIONARIO N° 1 "ESCUCHANDO LA VOZ DE CONSEJEROS Y CON- SEJERAS"

Invitamos a todos los y las CONSEJEROS/AS PARA LA PREVENCION PRIMARIA DE VIH/SIDA (consejerías asociadas al examen de ELISA, en sus modalidades pre y post test) a colaborar al mejoramiento de la actividad respondiendo el siguiente cuestionario.

Si Ud. actualmente **NO se desempeña como consejero para la prevención primaria** en ninguna de sus modalidades, **NO conteste esta encuesta** y por favor envíe un fax al (insertar número), señalando que Ud. ya no trabaja como consejero.

El cuestionario está **divido en cuatro módulos**: (a) datos demográficos, (b) proceso de formación de consejeros y consejeras, (c) relaciones cara a cara con el o la consultante, y (d) condiciones de trabajo.

Es importante recalcar que **toda la información que Ud. nos provea tendrá un carácter estrictamente confidencial**, pues está protegida por el secreto estadístico (Ley N° 17.374 artículo 30) al igual que las respuestas del CENSO.

Al responder debe tener en cuenta que lo que en **este cuestionario se mide es el modelo y los procesos asociados a las consejerías, pero NO se pretende evaluar a los y las consejeros/as.**

En este cuestionario **no hay respuestas buenas o malas**; lo que nos interesa es que Ud. responda cada una de las preguntas en libertad, en conciencia y con honestidad, dada la importancia de esta actividad.

En total, responder este cuestionario **no le demorará más de 30 minutos.**

INSTRUCCIONES

- El cuestionario está diseñado para ser **respondido de una sola vez**. Por lo tanto **busque un horario que le acomode**, donde pueda estar en calma y disponer del tiempo suficiente para responderlo.
- El cuestionario debe ser respondido **individualmente** por cada consejero/a, y no en forma grupal.
- **Lea atentamente** la pregunta. Luego **marque con un círculo el número que está al lado izquierdo de la alternativa** que refleje mejor su situación personal.
- **Repita este proceso** en todas las preguntas del cuestionario.
- Una vez que haya terminado de responder las preguntas, **si desea, revise sus respuestas antes de enviarlas**.
- En algunas preguntas (por ejemplo, si ha asistido a algún curso de capacitación) si la respuesta es *No* deberá marcar esa alternativa, y a continuación, **debe pasar a la pregunta que se le indica en el lado izquierdo (Pase a la pregunta N°XX)**.
- Si tiene alguna **duda sobre el contenido del cuestionario** o sobre el significado de las preguntas escriba un e-mail o llame por teléfono a (insertar nombre de persona responsable, número telefónico y correo electrónico),

¡Muchas gracias por su cooperación!

a

b

d

f.

g

h.

i.

j.

B. PROCESO DE FORMACION DE CONSEJEROS/AS

1. ¿Hace cuánto tiempo que Ud. se desempeña como consejero/a?

Menos de seis meses	1
Seis meses o más, pero menos de un año	2
Un año o más, pero menos de dos años	3
Dos años o más, pero menos de tres años	4
Tres años o más, pero menos de cinco años	5
Cinco años o más	6

2. ¿Ud. ha asistido a una actividad o taller formación en consejería para la prevención primaria de VIH/SIDA?

Sí	1	Continué con la pregunta N°3
No	2	Pase a la Pregunta N°12, sin responder las preguntas N°3 a N°10.

Sólo quienes han asistido a uno o más talleres de formación

3. ¿A cuantos talleres de formación en consejerías para la prevención primaria de VIH/SIDA ha asistido desde que se desempeña como consejero/a?

Sólo uno	1
Dos	2
Tres o más	3

4. ¿En qué año asistió al último taller de formación en consejerías?

1996 o antes	1
1997	2
1998	3
1999	4
2000	5
2001	6
2002	7
2003	8
2004	9

5. El último taller de formación en consejerías. ¿fue a nivel nacional o local?

Nacional	1
Local	2

6. ¿Cuántas horas duró el último taller de formación en consejerías al cual Ud. asistió?

Menos 12 horas	1
Entre 13 y 22 horas	2
Entre 23 y 32 horas	3
Entre 33 y 42 horas	4
Más de 42 horas	5

7. El último taller de formación al cual Ud. asistió, ¿a cargo de qué institución estuvo?

CONASIDA	1
ONG	2
Servicio de Salud	3
Hospital	4
Consultorio de Atención Primaria	5
Otro especificar: _____	

8. Haciendo un poco de memoria, en el último taller de formación al cual Ud. asistió, ¿se realizaron cada una de las siguientes actividades?

	Sí	No
a. Exposición de contenidos por parte del facilitador a cargo	1	2
b. Juegos de roles y análisis de testimonios	1	2
c. Evaluación grupal entre pares de las primeras experiencias de consejería con consultante reales	1	2
d. Realizar un consejería con un consultante real siendo supervisado por un consejero más experimentado y posterior discusión / aprendizaje de la experiencia	1	2
e. Formación para replicar localmente las actividades de formación	1	2

9. Durante el último taller de formación al cual Ud. asistió, ¿le enseñaron sobre:

	Sí	No
a. Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA	1	2
b. Formas de prevención de la transmisión vertical (de madre a hijo/a) del VIH/SIDA	1	2
c. Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal	1	2
d. Impacto psicológico, social y emocional del examen en los/as consultante	1	2
e. Impacto psicológico, social y emocional de la seropositividad en los/as consultante	1	2
f. Estrategias para manejar situaciones emocionales críticas durante la consejería	1	2
g. El derecho del o la consultante a que el resultado del test de ELISA y lo conversado durante la consejería sea tratado confidencialmente	1	2

h. El derecho del o la consultante a no ser discriminado sea cual sea su orientación sexual o prácticas sexuales	1	2
i. Cómo se usa correctamente el condón / preservativo	1	2
j. Las implicancias psicológicas, sociales y emocionales de la discriminación según orientación sexual (homosexuales, bisexuales, transgénero y transexuales) en el manejo del riesgo	1	2
k. Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores	1	2
l. Cómo aprovechar la entrega de resultados negativos como una instancia educativa	1	2
m. Los principales factores que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/SIDA	1	2
ñ. Diversidad de las experiencias y orientación/es sexual/es y sus implicancias en la vida cotidiana de las personas	1	2
o. Cómo evaluar y manejar la ansiedad del consultante antes y después del test de ELISA	1	2
p. Impacto psicológico, social y emocional de la consejería en el o la consejero/a	1	2

10. A su juicio, cuán adecuado fue el último taller de formación al cual Ud. asistió, con respecto a: (MA: Muy Adecuada; A: Adecuada; I: Inadecuada; MI: Muy Inadecuada)

	MA	A	I	MI
a. La utilidad de los contenidos para su desempeño como consejero en prevención primaria	1	2	3	4
b. La utilidad de las herramientas para relacionarse con el o la consultante	1	2	3	4
c. El nivel de profundidad con que se trataron los distintos temas	1	2	3	4
d. El nivel de experiencia en consejerías del facilitador	1	2	3	4
e. La capacidad pedagógica de los facilitadores	1	2	3	4
f. El número de horas que duraron las actividades de formación	1	2	3	4

11. ¿Cuán satisfecho está Ud. con lo que aprendió en el último taller de formación en consejería para la prevención primaria de VIH/SIDA al cual Ud. asistió?

Muy satisfecho	1
Satisfecho	2
Insatisfecho	3
Muy insatisfecho	4

C. RELACIONES CARA A CARA DURANTE LA CONSEJERÍA

Este módulo consta de cuatro secciones diferentes: consejería pre test, consejería post test negativo, consejería post test positivo, y preguntas generales. Cuando responda no olvide circunscribir sus respuestas a la consejería por la cual se le pregunta.

• **CONSEJERÍAS PRE TEST (consejerías antes de la realización del test de ELISA)**

Todos los/as consejeros/as

12. En los últimos tres meses, ¿Ud. ha realizado consejerías pre test?

Sí	1	Pase a pregunta N°13
No	2	Continué con la pregunta N°12b

12b. ¿Por qué Ud. no realizó consejerías pre test en los últimos tres meses?

Sólo realizo consejerías post test	1	Pase a pregunta N°20
No hubo consultantes en los últimos tres meses	2	Pase a pregunta N°20
Hubo pocos/as consultantes que fueron atendidos por consejeros/as con más experiencia que yo	3	Pase a pregunta N°20
Otro motivo ¿cuál? _____		Pase a pregunta N°20

Sólo los/as consejeros/as que en los últimos tres meses realizaron consejerías pre test de

13. En los últimos tres meses, ¿cuántas consejerías pre test ha realizado Ud.?

Número de consejerías pre test en los últimos tres meses: _____

14. En los últimos tres meses, las consejerías pre test que Ud. ha realizado, ¿cuántos minutos duran en promedio? (Escriba solo el número)

_____ Minutos

15. A su juicio, en los tres últimos meses, ¿el tiempo que Ud. puede dedicar a las consejerías pre test es suficiente o insuficiente para llevara a cabo un buen trabajo?

Suficiente	1
Insuficiente	2

16. En general, durante los últimos tres meses, los/as consultantes se han realizado la consejería pre test con Ud. ¿se la han realizado por:

Iniciativa de los/as propios consultantes	1
Derivados por un especialista médico	2
Como parte de los exámenes sanguíneos de rutina	3
Otro ¿Cuál?	
No sabe	4

17. Considerando el tiempo que Ud. puede dedicar durante las consejerías pre test, durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia realiza cada una de las siguientes actividades durante las consejerías pre test? (S: Siempre; G: Generalmente; AV: A Veces; N: Nunca)

	S	G	AV	N
a. Explica que tanto la consejería como la realización del test de ELISA son voluntarios	1	2	3	4
b. Asegura explícitamente a el o la consultante la confidencialidad de lo que se converse en la consejería y del resultado del examen				
c. Solicita a el o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería	1	2	3	4
d. Indaga acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/SIDA antes de entregar cualquier tipo de información	1	2	3	4
e. Pregunta a el o la consultante acerca de los motivos por los cuales se quieren realizar el examen VIH/SIDA	1	2	3	4
f. Indaga acerca de la historia y prácticas sexuales de el o la consultante	1	2	3	4
g. Realiza una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo	1	2	3	4
h. Entrega información sobre VIH/SIDA (formas de transmisión, prevención, etc)	1	2	3	4
i. Aborda con el o la consultante sobre la adopción de un "plan de reducción de riesgo" según la situación particular de cada consultante	1	2	3	4
j. Explica que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más	1	2	3	4
k. Entrega preservativos a el o la consultante para su uso personal	1	2	3	4
l. Entrega material informativo para la prevención del VIH/SIDA a el o la consultante (trípticos, folletos, etc)	1	2	3	4
m. Explica que el resultado se entrega durante una consejería post test donde el resultado se discutirá con un/a consejero/a	1	2	3	4
n. Aborda las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar de el o la consultante	1	2	3	4

o. Explora eventuales riesgos de depresión, violencia o suicidio en el o la consultante	1	2	3	4
p. Explica el significado del "período ventana" y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida	1	2	3	4
q. Deja tiempo para que el o la consultante se exprese y lo/a escucha sin interrumpirlo	1	2	3	4

18. ¿Ud. lleva un registro confidencial de cada consultante que asiste a realizarse el examen?

Sí	1
No	2

19. En los últimos tres meses, de los y las consultantes que asistieron a la consejería pre test con Ud., ¿supo:

	Sí	No
a. Si después de la consejería pre test los y las consultantes se realizaron el test de ELISA	1	2
b. Cuál fue el resultado del test de ELISA de los y las consultantes	1	2
c. Si los y las consultantes recogieron el resultado	1	2

CONSEJERÍAS POST TEST CON ENTREGA DE RESULTADO NEGATIVO

Todos los/as consejeros/as

20. En los últimos tres meses, ¿Ud. ha realizado consejerías con entrega de resultado negativo?

Sí	1	Pase a pregunta N°21
No	2	Continué con la pregunta N°20b

20b. ¿Por qué Ud. no realizó consejerías con entrega de resultado negativo en los últimos tres meses?

Nunca entrego resultados del test de ELISA	1	Pase a pregunta N°25
No hubo consultantes en los últimos tres meses	2	Pase a pregunta N°25
Hubo pocos/as consultantes que fueron atendidos por consejeros/as con más experiencia que yo	3	Pase a pregunta N°25
Otro motivo ¿cuál?		Pase a pregunta N°25

Sólo los/as consejeros/as que en los últimos tres meses realizaron consejerías con entrega de resultado negativo

21. En los últimos tres meses, ¿cuántas consejerías con entrega de resultado negativo ha realizado Ud.?

Número de consejerías con entrega de resultado negativo en los últimos tres meses: _____

22. En los últimos tres meses, las consejerías con entrega de resultado negativo que Ud. ha realizado, ¿cuántos minutos duran en promedio? (Escriba solo el número)

_____ Minutos

23. A su juicio, en los tres últimos meses, ¿el tiempo que Ud. puede dedicar a las consejerías con entrega de resultado negativo es suficiente o insuficiente para llevar a cabo un buen trabajo?

Suficiente	1
Insuficiente	2

24. Considerando el tiempo que Ud. puede dedicar durante las consejerías con entrega de resultado negativo, en los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia Ud. realiza cada una de las siguientes actividades? (S: Siempre; G: Generalmente; AV: A Veces; N: Nunca)

	S	G	AV	N
a. Realiza una consejería post test con entrega de resultado negativo a la misma persona a la que le realizó la consejería pre test	1	2	3	4
b. Entrega personalmente y en privado el resultado del examen	1	2	3	4
c. Explica el significado del "período ventana" y las implicancias de un resultado negativo	1	2	3	4
d. Ayuda a el o la consultante a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en la vida sexual	1	2	3	4
e. Realiza una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo a el o la consultante	1	2	3	4
f. Entrega preservativos a el o la consultante para su uso personal	1	2	3	4
g. Entrega material informativo para la prevención del VIH/SIDA a el o la consultante (trípticos, folletos, etc)	1	2	3	4
h. Discute con el o la consultante los beneficios de compartir el resultado del test con su pareja sexual y de alentar a la pareja para que también se haga el test si no se lo ha hecho	1	2	3	4
i. Discute con el o la consultante sobre la elaboración de un plan de reducción de riesgo y sobre información para prevenir futuras infecciones sexuales	1	2	3	4
j. Sugiere a el o la consultante que se realice otro examen una vez concluido el "período ventana"	1	2	3	4
k. Deja tiempo para que el o la consultante se exprese y lo/a escucha sin interrumpirlo	1	2	3	4

CONSEJERÍAS POST TEST CON ENTREGA DE RESULTADO POSITIVO

Todos los/as consejeros/as

25. En los últimos tres meses, ¿Ud. ha realizado consejerías con entrega de resultado positivo?

Sí	1	Pase a pregunta N°26
No	2	Continué con la pregunta N°25b

25b. ¿Por qué Ud. no realizó consejerías con entrega de resultado positivo en los últimos tres meses?

Nunca entrego resultado positivo del test de ELISA	1	Pase a pregunta N°30
No hubo consultantes que dieran positivo en los últimos tres meses	2	Pase a pregunta N°30
Hubo pocos/as consultantes que dieron positivo que fueron atendidos por consejeros/as con más experiencia que yo	3	Pase a pregunta N°30
Otro motivo ¿cuál? _____		Pase a pregunta N°30

Sólo los/as consejeros/as que en los últimos tres meses realizaron consejerías con entrega de resultado positivo

26. En los últimos tres meses, ¿cuántas consejerías con entrega de resultado positivo ha realizado Ud.?

Número de consejerías con entrega de resultado positivo en los últimos tres meses: _____

27. En los últimos tres meses, las consejerías con entrega de resultado positivo que Ud. ha realizado, ¿cuántos minutos duran en promedio? (Escriba solo el número)

_____ Minutos

28. A su juicio, en los tres últimos meses, ¿el tiempo que Ud. puede dedicar a las consejerías con entrega de resultado positivo es suficiente o insuficiente para llevara a cabo un buen trabajo?

Suficiente	1
Insuficiente	2

29. Considerando el tiempo que Ud. puede dedicar durante las consejerías con entrega de resultado positivo, en los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia realiza cada una de las siguientes actividades? (S: Siempre; G: Generalmente; AV: A Veces; N: Nunca)

	S	G	AV	N
a. Realiza una consejería post test con entrega de resultados positivos a la misma persona a la que Ud. le realizó la consejería pre test	1	2	3	4
b. Entrega personalmente y en privado el resultado del examen	1	2	3	4
c. Evalúa las redes de apoyo interpersonal con las que cuenta el o la consultantes antes de entregar cualquier otra información	1	2	3	4
d. Ayuda a el o la consultante a entender los resultado en relación a las implicancias del resultado en su vida	1	2	3	4
e. Aborda con el o la consultante sobre las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.	1	2	3	4
f. Entrega información para prevenir que el o la consultante le transmita a otra persona el VIH/SIDA	1	2	3	4
g. Entrega información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo	1	2	3	4
h. Informa a el o la consultante sobre las distintas fases del VIH/SIDA	1	2	3	4
i. Explica a el o la consultante el funcionamiento del programa VIH	1	2	3	4
j. Informa a el o la consultante de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo	1	2	3	4
k. Explica a el o la consultante sus derechos para acceder a controles, terapias, etc	1	2	3	4
l. Sugiere a el o la consultante que fije una hora para controlarse y realizarse distintos exámenes (carga viral, población linfocitarias, etc)	1	2	3	4
m. Si el o la consultante está muy impactado con el resultado positivo, lo o la cita a una consejería algunos días después	1	2	3	4
n. Deriva a el o la consultante a un servicio de salud mental si presenta un shock emocional	1	2	3	4
o. Ayuda a el o la consultante a identificar fuentes de soporte (familia, amigos/as, pareja)				
p. Revisa con el o la consultante lo que piensa hacer luego de la consejería (planes inmediatos, intenciones y líneas de acción)				
q. Se asegura que el o la consultante sabe como utilizar correctamente el preservativo				
r. Le entrega condones a el o la consultante				
s. Si el o la consultante tiene pareja, discute la posibilidad de compartir el resultado con la pareja sexual de el o la consultante				
t. Discute el riesgo de reinfección con VIH/SIDA u otras ITS.				
u. Deja tiempo para que el o la consultante se exprese y lo/a escucha sin interrumpirlo	1	2	3	4

• **PREGUNTAS GENERALES**

Todos/as los consejeros/as

30. A su juicio, ¿Ud. necesita profundizar en alguna área para mejorar su desempeño como consejero/ a para la prevención primaria de VIH/SIDA?

Sí	1	Pase a la pregunta N°30b
No	2	Pase a la pregunta N°31

Sólo quienes señalaron que necesitan profundizar en alguna área

30b. De la siguiente lista, señale si para cada una de las siguientes áreas ¿necesita o no profundizar en para mejorar su desempeño como consejero/a para la prevención primaria de VIH/SIDA?

	Sí	No
a. Formas de prevención de la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA	1	2
b. Formas de prevención de la transmisión vertical (madre a hijo/a) del VIH/SIDA	1	2
c. Formas para relacionarme más fluidamente con el o la consultante	1	2
d. Formas de apoyo psicosocial y emocional	1	2
e. Formas para manejar situaciones emocionales críticas, incluidas las experiencias suicidas	1	2
f. Estrategias para prevenir el agotamiento emocional (burn out) entre los y las consejeros/as	1	2
g. Redes de apoyo y organizaciones que existen para las personas seropositivas	1	2
h. Conocimiento en torno a la homosexualidad, bisexualidad, transexualidad y el trasgénero	1	2
i. Cómo relacionarse con el o la consultante sin hacer uso de actitudes o lenguajes homofóbicos y/o discriminadores	1	2
j. Cómo aprovechar la entrega de resultados como una instancia educativa	1	2
k. Los principales factores socioculturales que hacen más vulnerable a una persona de adquirir VIH/SIDA	1	2
l. Formas para gestionar el riesgo en los y las consultantes	1	2
m. Estrategias para abordar dificultades preventivas de los consultantes	1	2

Todos/as los/as consejeros/as

31. Personalmente, ¿cuán satisfecho está con su experiencia como consejero/a cara a cara?

Muy satisfecho	1
Satisfecho	2
Insatisfecho	3
Muy insatisfecho	4

C. CONDICIONES EN LAS CUALES SE REALIZAN LAS CONSEJERIAS

Todos/as los/as consejeros/as

32. ¿Cómo fue seleccionado/a para desempeñarse como consejero/a?

Postulé por iniciativa propia	1
Por decisión de la institución	2

33. ¿Ud. es parte de alguno de los siguientes programas?

	Sí	No
a. Programa de la Adolescencia	1	2
b. Programa de la Mujer	1	2
c. Programa del Adulto	1	2
d. Programa del Adulto Mayor	1	2
e. Programa de la Infancia / Niñez	1	2
f. Programa de Salud Mental	1	2
g. Programa de ETS	1	2
d. Otro: especifique	1	2

34. En la institución donde Ud. trabaja, además de la consejería cara a cara, ¿cuáles son las principales actividades / tareas en las que Ud. se desempeña?

	Sí	No
a. Consejería telefónica	1	2
b. Consejería de prevención secundaria	1	2
c. Atención de ETS	1	2
d. Control de Salud Sexual	1	2
e. Atención de pacientes (aparte de los consultante en las consejerías)	1	2
f. Realización de pruebas y análisis en laboratorios	1	2
g. Toma de exámenes (sanguíneos y no sanguíneos)	1	2
h. Coordinación de programa y/o actividades	1	2
i. Asesorías en salud mental	1	2
j. Planificación actividades	1	2
k. Apoyo a la gestión en la unidad	1	2
l. Formación a otros consejeros	1	2
m. Actividades administrativas / burocráticas (papeleos, informes, etc)	1	2
n. Otra: cuál?	1	2

35. La toma de muestras de sangre para el test de ELISA, ¿se realiza en el lugar donde trabaja como consejero/a?

Sí	1	Continué con la pregunta N°36
No	2	Pase a la Pregunta N°39

Sólo quienes en la institución donde trabajan se toman muestras de sangre

35a. Generalmente en la institución donde Ud. se desempeña como consejero, ¿después de cuantas semanas se da a conocer el resultado del examen a los y las consultantes?
(Escriba solo el número)

_____ Semanas No sé 99

35b. En la institución donde Ud. trabaja, en los últimos seis meses, ¿ha habido restricciones para tomar las muestras del test de ELISA?

Sí	1	Continué con la pregunta N°38
No	2	Pase a la Pregunta N°39

35c. ¿Qué tipo de restricciones para tomar las muestras del test de ELISA ha enfrentado Ud.?

	Sí	No
a. Falta de reactivos	1	2
b. Falta de personal calificado que tome las muestras	1	2
c. Falta de tiempo	1	2
d. Otra: especifique	1	2

36. En la institución donde Ud. trabaja, ¿existe un sistema de tutorías y/o pasantías para capacitar a los y las consejeros/as?

	Sí	No	No sé
a. Tutorías	1	2	3
b. Pasantías	1	2	3

37. ¿Alguien supervisa su desempeño como consejero para la prevención primaria de VIH/SIDA?

Sí	1	Continué con la pregunta N°37b
No	2	Pase a la Pregunta N°38

37b. Luego que han supervisado su desempeño como consejero, ¿supo Ud. los resultados de la supervisión?

Sí	1
No	2

38. En el lugar donde Ud. se desempeña como consejero, ¿existe una sala de espera especial para quienes van a consultar sobre VIH/SIDA (pre y post test)?

Sí	1
No	2

39. En la institución donde Ud. trabaja como consejero/a, ¿ha experimentado algún tipo de problema que incida negativamente con su trabajo como consejero?

Sí	1	Pase a pregunta N°39b
No	2	Pase a pregunta N°40

39b. De la siguiente lista, señale si ha experimentado cada uno de los siguientes problemas al desempeñarse como consejero en la institución donde trabaja.

	Sí	No
a. No existe un servicio de apoyo psicológico dirigido a consejeros	1	2
b. Sentirse estresado y/o agotado emocionalmente debido al hecho de trabajar como consejero	1	2
c. Sentirse estresado y/o agotado por la sobrecarga de trabajo	1	2
d. En esta institución no hay otro consejero/a con quien conversar sobre la lo que pasa en las consejerías	1	2
e. Las autoridades de la institución no reconocen el valor de mi trabajo como consejero	1	2
f. Los funcionarios/as de la institución no reconocen el valor de mi trabajo como consejero	1	2
g. En mi institución me discriminan por trabajar en consejerías VIH/SIDA	1	2
h. No hay un lugar adecuado para realizar las consejerías (que asegure confidencialidad e intimidad)	1	2
i. No hay suficientes condones para realizar demostraciones	1	2
j. No hay suficientes condones para entregarle a los y las consultantes	1	2
k. No hay suficiente material para al difusión (folletos, tripticos, etc)	1	2
l. La institución no apoya para que la consejería dure el tiempo necesario caso a caso	1	2
m. Las consejerías no se programan en mi institución	1	2
n. No se destinan horas especiales para realizar consejerías	1	2
o. Las actividades de consejería no tienen financiamiento	1	2

40. ¿Ud. sabe que es parte de una red de consejeros para la prevención del VIH/SIDA?

Sí	1	Continúe con la Pregunta N°40b
No	2	Pase a la Pregunta N°41

40b. Durante los últimos seis meses, ¿Ud. ha participado en alguna actividad de la red de consejeros?

No	1
Sí a nivel nacional	2
Sí a nivel local	3
Sí en ambas (nivel local y nacional)	4

41. ¿Ud. sabe que existe una página / sitio en Internet de la red de consejeros?

Sí	1	Continúe con la Pregunta N°41b
No	2	Pase a la Pregunta N°42

41b. Durante los últimos seis meses, ¿Ud. visitó la página / sitio en Internet de la red de consejeros?

Sí	1
No	2

42. Durante los últimos seis meses, ¿Ud. ha leído el Diario del Consejero?

Sí	1
No	2
No sé que es el Diario del Consejero	3

43. Personalmente, ¿cuán satisfecho está con las condiciones de trabajo en las que debe desempeñar se como consejero?

Muy satisfecho	1
Satisfecho	2
Insatisfecho	3
Muy insatisfecho	4

44. Durante los últimos seis meses, ¿ha recibido derivaciones desde el FONOSIDA?

Sí	1
No	2
No sé	3

Si desea agregar algo más, por favor escriba en el siguiente espacio:

¡Muchas gracias por su cooperación!

CUESTIONARIO N° 2

“Escuchando la voz de los consultantes/as”

Lo/a invitamos a responder este cuestionario como una forma de colaborar al mejoramiento del Servicio de Consejería en prevención del VIH/SIDA que se entrega en el país.

Toda la información que Ud. entregue es anónima y tiene un carácter estrictamente confidencial, pues está protegida por el secreto estadístico (Ley N° 17.374 artículo 30) al igual que las respuestas del CENSO.

En este cuestionario **no hay ni respuestas buenas ni malas**; lo que nos interesa es que Ud. responda cada una de las preguntas en libertad, en conciencia y con honestidad, dada la importancia de esta actividad.

¡Muchas gracias por su cooperación!

1. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar antes de pasar a conversar con el /la consejero/a antes de la realización del Test de ELISA?

_____ (minutos)

2. Y, ¿cuántos minutos duró la sesión de consejería antes de la realización del Test de ELISA?

..... minutos

3. A su juicio, ¿el tiempo que duró la conversación fue suficiente para poder aclarar dudas y/o hacer preguntas y comentarios?

Suficiente 1

Insuficiente 2

4. Durante la consejería antes de realizarse el test de ELISA, se conversó o le hicieron mención de lo que se indica a continuación. (Marque con una x cuando así sucedió)

a. La confidencialidad de lo que se conversó y del resultado del examen

b. Le pidieron que firmara un consentimiento en el que le informaron sobre sus derechos y deberes

c. Le consultaron sobre el grado de conocimiento que maneja en relación al VIH/SIDA

d. Le preguntaron acerca de los motivos por los cuales se quiere/quería realizar el examen VIH/SIDA

d. Conversó con el consejero/a sobre las repercusiones del resultado del examen en su vida sexual, laboral y familiar

e. Le hicieron preguntas acerca de su historia sexual

f. Se hizo una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo

g. Le entregaron preservativos / condones para su uso personal

h. Le entregaron algún folleto o material escrito para la prevención

i. Ud. pudo expresar lo que pensaba y sentía y fue escuchado sin ser interrumpido

j. Conversó sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA

k. Se le explicó el significado del "período ventana" y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida

l. Se abordó con Ud. la adopción de un "plan de reducción de riesgo" mientras esperaba el resultado del test

5. El lugar donde se hizo la consejería antes del test de ELISA, ¿aseguraba la confidencialidad y la privacidad de la conversación?

Sí	1
No	2
No se dio cuenta	3

6. ¿Ud. sabe si la persona que lo atendió llenó una ficha antes, durante o después de la consejería?

Sí	1
No	2

7. Luego de la consejería antes del test de ELISA, ¿Ud. cree que el o la consejero/a comprendió su situación personal?

Sí	1
No	2

8. En términos generales, Ud. diría que la calidad de la consejería antes del test de ELISA fue:

Muy buena	1
Buena	2
Regular	3
Mala	4
Muy Mala	5

9. En términos generales, ¿cuán satisfecho está con la conversación antes del test de ELISA?

Muy Satisfecho/a	1
Satisfecho/a	2
Insatisfecho/a	3
Muy Insatisfecho/a	4

10. ¿Ud. le recomendaría este servicio a otras personas?

Sí	1
No	2

11. Después de la conversación, ¿Ud. se hizo el test de ELISA?

Si	1	Pasar a pregunta N°12
No	2	Fin de la Encuesta.

SOLO SI SE HIZO EL TEST DE ELISA SE CONTINUA

12. ¿Cuánto tiempo después de que se realizara el test de ELISA le entregaron el resultado?

En menos de una semana	1
Entre una semana y dos semanas	2
Más de dos semanas pero menos de un mes	3
Más de un mes después	4

13. El resultado del Test de ELISA se lo entregó la misma persona con la que conversó antes de hacérselo?

Si	1
No	2

14. ¿Cuántos minutos duró la sesión de consejería cuando le entregaron el resultado del Test de ELISA?

..... Minutos (autocodificado)

15. A su juicio, ¿el tiempo que duró la entrevista fue suficiente para poder aclarar dudas y/o hacer preguntas y comentarios?

Suficiente	1
Insuficiente	2

16. Durante la entrega del resultado del test de ELISA, ¿se conversó o le hicieron mención de lo que se indica a continuación (Marque con una x cuando así sucedió)

- a. Le entregaron personalmente y en privado el resultado del examen
- b. Le ayudaron a entender el resultado del examen en relación a las implicancias que tiene en su vida sexual
- c. Le informaron sobre las distintas fases del VIH/SIDA
- d. Le entregaron información para prevenir la transmisión del VIH a otra persona
- e. Le entregaron información para prevenir la transmisión vertical durante y después del embarazo
- f. Abordaron con el/la consejero/a las posibles consecuencias de compartir el diagnóstico en el trabajo, la familia, etc.
- g. Le explicaron el funcionamiento del programa VIH
- h. Le informaron de los distintos lugares a los cuales puede recurrir para recibir apoyo
- i. Le hablaron de los tratamientos antirretrovirales y el cambio en la sobrevida y calidad de vida.
- j. Le realizaron una demostración y/o reforzamiento del uso correcto del preservativo
- k. Le sugirieron que se realizara otro examen una vez concluido el período ventana

17. En términos generales, Ud. diría que la calidad de la consejería cuando le entregaron el resultado del test de ELISA fue:

Muy buena	1
Buena	2
Regular	3
Mala	4
Muy Mala	5

18. En términos generales, ¿cuán satisfecho está con la conversación cuando le entregaron el resultado del test de ELISA??

Muy Satisfecho/a	1
Satisfecho/a	2
Insatisfecho/a	3
Muy Insatisfecho/a	4

19. ¿Ud. le recomendaría el servicio de consejería a otras personas?

Si	1
No	2

a. ¿Cuántos años tiene? _____

b. Ud. es

Hombre	1	Fin de la encuesta
Mujer	2	Pase a pregunta c

20. Si desea agregar algo más, por favor escriba en el siguiente espacio:

¡Muchas gracias por su cooperación!

Otras posibles preguntas consultantes

¿Por qué motivos quiere realizarse el test de ELISA? (marque todas las que corresponda con una x)

- Un médico se lo sugirió como parte de otros exámenes
- Un médico la derivó como parte de los exámenes de rutina para embarazadas
- Planea casarse / tienen una nueva pareja sexual
- Planea tener un hijo/a
- Tuvo una relación sexual con una pareja esporádica y sin preservativo
- Usó drogas intravenosas con una jeringa compartida
- Otra (especifique): _____

¿Ud. se ha realizado el test de ELISA en el pasado?

No	1
Sí, una vez	2
Sí, dos veces	3
Sí, más de tres veces	4

b. ¿Cuál es su situación de pareja?

- _____
Sólo
- _____
Anda con alguien
- _____
Pololea / Novio (no vive con pareja)
- _____
Casado o conviviendo (vive con pareja)

c. ¿Ud. está actualmente embarazada?

Sí	1
No	2

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, Elizabeth y Véliz, Gloria. Desgaste del trabajo en red. Disponible en: www.conasida.cl/docs/consejero/diario07/d7p09.htm-"Diario del consejero" / Diario Nro. 7 2do. Semestre 2002. Recuperado: octubre 2003.

Beck, Ulrich (1998) La sociedad del riesgo. Barcelona, Buenos Aires, y México: Paidós.

Beck, Ulrich (2000) La democracia y sus enemigos. Barcelona: Paidós.

Brunner, José Joaquín (1994) Cartografías de la modernidad. Santiago: Dolmen Ediciones.

Centro de Investigación y Promoción de la Salud y la Sexualidad (CIPRESS). Presentación institucional. Noviembre, 2003

CONASIDA, NotaSida N°4 www.CONASIDA.cl

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención – Ministerio de Salud (2002) Documento técnico: Consejería para VIH/SIDA. Santiago: CONASIDA.

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención. Discurso Preventivo común y consensuado. Red Nacional de Consejería en VIH/SIDA. Octubre, 2003

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Ministerio de Salud. Manual para la formación de consejeros en VIH/SIDA. Santiago, 1997

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área de Atención Integral. Estrategia de Atención Integral a personas que viven con VIH/SIDA.

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), Área Prevención. Estrategias de Prevención. (s/año)

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). Consejería en VIH/SIDA. Disponible en: www.conasida.cl/docs/nota/nota4.htm Recuperado: octubre 2003.

Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) Comunicación sobre SIDA: Una necesidad que satisfacer. Disponible en: www.conasida.cl/docs/nota/nota2.htm Recuperado: octubre 2003.

Corporación Chilena de Prevención del SIDA. Quiénes somos. Disponible en: www.sidaccion.cl/html/historiapop.html Recuperado: diciembre 2003

Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol (s/f) Estudio a consultantes del centro de detección y consejería en VIH/SIDA. Santiago. Centro Romero.

Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol. Estudio a consultantes del centro de detección y consejería en VIH/SIDA Romero. (s/año ampliación del Centro de Detección y Consejería en VIH/SIDA Romero. Abril, 2000.

Frasca, T. (1994) "La vida es una enfermedad de transmisión sexual", en Valdés, T. y Busto, M. (eds) *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*. Santiago: CORSAPS/FLACSO.

Gagné, R. (1970). Las condiciones del aprendizaje. Madrid: Aguilar. Para una crítica del enfoque de Gagné ver J. Gimeno Sacristán (1995) *La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia*. Madrid: Ediciones Morata.

Herrera del Desposito, Araceli. Ventana de emocio-

nes. Disponible en: www.conasida.cl/docs/consejero/diario07/d7p19.htm-“Diario del consejero” / Diario Nro. 7 2do. Semestre 2002. Recuperado: octubre 2003.

Kamb, M.L. et al. (1998) Efficacy of Risk-Reduction Counselling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. JAMA. 280:1161-1167.

ONUSIDA (1997) “Asesoramiento y VIH/SIDA. Actualización técnica”. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra: ONUSIDA.

Parra, Víctor; Ahumada, Claudio; Guajardo, Alejandro (2004) Sistematización a cinco instituciones que realizan consejería en prevención primaria del VIH/SIDA y sexualidad desarrollada en organizaciones de la sociedad civil de la Región Metropolitana, en el marco del proyecto-programa de optimización de la consejería para la prevención del VIH/SIDA general, entre pares y transmisión vertical. Santiago: Documento inédito (elaborado para la Comisión Nacional del SIDA, CONASIDA Ministerio de Salud).

Parrini, R., Rodrigo (s/f) Formación de Consejeros y Consejeras en VIH/SIDA en el Servicio de Salud Viña del Mar, Quillota, V Región. Experiencias y discursos. Power Point.

Gagné, R. (1970). Las condiciones del aprendizaje. Madrid: Aguilar. Para una crítica del enfoque de Gagné ver J. Gimeno Sacristán (1995) La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Ediciones Morata.

